



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

## **A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

**Filipe Pires Marques**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**A Intervenção Especializada do  
Enfermeiro ao Doente com Enfarte Agudo  
do Miocárdio com Elevação do Segmento**

**ST: Via Verde Coronária**

**Filipe Pires Marques**

**Anabela Pereira Mendes**

**2015**





“Aprender é como remar rio acima, não fazer progressos é andar para trás.”

*Provérbio chinês*



## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer à professora Anabela Mendes pela solicitude, rigor e amabilidade com que me guiou por este percurso. Aos meus orientadores, os enfermeiros Nélson, Ana e Carlos agradeço o empenho demonstrado na orientação e a confiança que sempre depositaram no meu trabalho. À minha família e amigos, concedendo o justo e merecido destaque à Joana, a minha mulher, o reconhecimento de um apoio e amor incondicionais. A todas as equipas com as quais tive o prazer de trabalhar, pela sua simpatia e pelo apoio prestado durante nos diferentes locais de estágio, o meu muito obrigado.





## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACCF – American College of Cardiology Foundation  
AHA – American Heart Association  
ARS – Administração Regional de Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BCIA – Balão de Contrapulsção Intra-Aórtica  
BCRE – Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo  
CNDC – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
DGS – Direção-Geral de Saúde  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
EAMcSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST  
ECG – Eletrocardiograma  
ESC – European Society of Cardiology  
FPC – Fundação Portuguesa de Cardiologia  
ICP – Intervenção Coronária Percutânea  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
SCA – Síndrome Coronária Aguda  
SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia  
SU – Serviço de Urgência  
SUC – Serviço de Urgência Central  
SUP – Serviço de Urgência Polivalente  
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos  
VA – Via Aérea  
WHF –World Heart Federation



## RESUMO

O enfarte agudo do miocárdio é uma das principais causas de morte em Portugal e no mundo. Quais são então, os mecanismos que foram postos em prática no nosso país para detetar e tratar as pessoas que sofrem um enfarte? Qual o papel desempenhado pelo enfermeiro e que influência tem no percurso de doença súbita desta pessoa em situação crítica?

Estas são as questões fundamentais que nortearam o percurso realizado durante o estágio e que este relatório pretende transmitir.

Neste relatório de estágio é apresentada uma revisão de literatura onde se enquadra a doença coronária como um problema premente, tanto a nível internacional como nacional, e se salientam os esforços, legislação e normas institucionais desenvolvidas pelas autoridades de saúde portuguesas para a deteção e tratamento das pessoas com enfarte, nomeadamente na situação de enfarte com supra-desnivelamento do segmento S-T, a Via Verde Coronária. São também apresentados estudos recentes que contextualizam e substanciam o papel do enfermeiro no meio hospitalar como um recurso vital no processo de identificação das pessoas que, não acionando os meios de emergência pré-hospitalar ao seu dispor, chegam por meios próprios ao serviço de urgência.

A perícia clínica que é desenvolvida pelos enfermeiros ao longo do seu exercício profissional é enquadrada neste documento à luz do pensamento da teórica Patricia Benner que sistematiza o modo como o enfermeiro desenvolve o seu julgamento e conhecimento clínico e a forma como este adquire comportamentos diários competentes da enfermagem em cuidados críticos e agudos.

Por fim, são elencados os objetivos e atividades desenvolvidas em contexto de estágio hospitalar em várias unidades de saúde, urgência e unidade de cuidados intensivos, que têm como foco o tratamento da pessoa com enfarte agudo do miocárdio.



## **ABSTRACT**

Acute myocardial infarction is one of the major causes of death in Portugal and also worldwide. So what are the instruments that have been put into practice in our country to detect and treat people who suffer a heart attack? And what is the role of the nurse and how does it influence the course of sudden illness in this person in a critical situation?

These are the fundamental questions that guided the internship and which this document attempts to transmit.

In this report I present a literature review where I frame coronary heart disease as a very pressing problem, both at international and national level, and emphasize the efforts, legislation and institutional standards developed by the Portuguese health authorities for the detection and treatment of people with infarction, including ST elevation myocardial infarction, the Coronary Via Verde. Also featured are recent studies that contextualize and substantiate the role of nurses in hospitals as an important resource in the process of identification of the persons who, not triggering the pre-hospital emergency means at its disposal, arrive by themselves to the emergency department.

The clinical expertise developed by nurses throughout their years of professional experience is framed in this document in light of the thinking of the nursing theoretical Patricia Benner which systematizes how nurses develop their judgment and clinical knowledge and acquire relevant daily behaviors of nursing in critical and acute care.

And finally, I cast the objectives and activities in the context of hospital internship in the various hospital departments, namely emergency department and intensive care unit, related to the treatment of acute myocardial infarction.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA.....	20
1.1. Contextualização do tema.....	20
1.2. Referencial teórico .....	27
2. ESTÁGIOS REALIZADOS.....	31
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos .....	31
2.2. Serviços de Urgência .....	39
2.2.1. Serviço de Urgência – Primeiro Contexto de Estágio .....	39
2.2.2. Serviço de Urgência – Segundo Contexto de Estágio .....	43
CONCLUSÃO .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
APÊNDICES E ANEXOS.....	55
Apêndice I - Jornal de aprendizagem em UCI	
Apêndice II - Estudo de Caso em UCI	
Apêndice III - Apresentação sobre a VVC em SU	
Apêndice IV - Jornal de Aprendizagem em SU	
Anexo I - Certificado de frequência de formação profissional	





## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O tema que se associa à realização deste relatório é **A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária.**

As doenças cardiovasculares, como é referido pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009) e apoiado por dados da Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde (2010), constituem a principal causa de morte no nosso país. Desde a criação da Via Verde Coronária (VVC) em 2007 que observamos uma tendência decrescente da mortalidade por enfarte em Portugal mas este instrumento apenas representa uma fração das admissões hospitalares por enfarte. Grande parte dos doentes recorrem por outros meios aos serviços de urgência e cabe aos enfermeiros, com quem têm o primeiro contacto maioritariamente em contexto de triagem hospitalar, discernir e valorizar as queixas que apontem para um diagnóstico de enfarte e agilizar o tratamento emergente que se impõe nessas situações.

Este relatório de estágio tem como finalidade demonstrar um percurso de aquisição de competências de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação ( Direção Geral do Ensino Superior), a aquisição de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e aquisição de competências que me levem a transitar de um estadió de enfermeiro proficiente para um estadió de perito, segundo o modelo para a prática de enfermagem teorizado por Patricia Benner (2001). Desta intencionalidade, defini como objetivos:

- Desenvolver competências de Enfermagem especializadas na prestação de cuidados ao doente com Enfarte Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST (EAMcSST) e à sua família;

- Reconhecer a importância de uma abordagem sistematizada que permita melhorar a qualidade do atendimento aos doentes com EAMcSST, particularmente através do protocolo VVC.

Assim, delineei como objetivos específicos:

- Conhecer o modo como a VVC é ativada para responder a uma situação de suspeição de EAM;
- Identificar o papel do Enfermeiro Especializado, em contexto de Serviço de Urgência, na deteção precoce de doentes com EAMcSST;
- Conhecer o circuito, do ponto de vista do doente com EAMcSST, desde o diagnóstico ao tratamento;
- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAMcSST em contexto de Unidade Cardíaca após realização de angioplastia primária.
- Desenvolver competências especializadas na área da gestão da qualidade e formação profissional no âmbito da intervenção Especializada de Enfermagem à pessoa e família em situação de doença crítica.

Para a persecução desses objetivos desenvolvi um conjunto de atividades em diversos campos de estágio no sentido de aprofundar a contextualização do meu tema e permitir o desenvolvimento das competências supracitadas.

Após cuidado e profundo trabalho de revisão bibliográfica realizado para fundamentação e sustentação do tema escolhido realizei estágio em meio hospitalar, em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, durante o primeiro semestre do ano letivo de 2013-2014 durante 18 semanas, de 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

Os estágios foram realizados, em primeiro lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, com visita à Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular do mesmo hospital onde foi realizado o estágio.

Em contexto de urgência desenvolvi o meu estágio em dois Serviços de Urgência distintos, sendo que o primeiro está integrado no mesmo centro hospitalar que o hospital onde realizei estágio em UCI.

Do ponto de vista estrutural, pretendo que este documento demonstre, de forma clara e concisa, o meu desempenho no desenvolvimento de competências ao longo dos estágios.

Dando seguimento a esta fase introdutória apresento um capítulo onde exponho a justificação, pertinência e interesse do tema deste projeto e a relevância da intervenção especializada de enfermagem aos doentes com EAMcSST, enquadrando a ação dos enfermeiros nesse contexto seguindo um referencial teórico adequado.

Segue-se um capítulo onde abordo, de forma cronológica, os estágios realizados. São apresentados os objetivos delineados, a descrição das atividades realizadas e das principais vivências bem como a análise das competências adquiridas e desenvolvidas.

Por fim, apresento a conclusão onde, num momento de análise reflexiva em torno do percurso desenvolvido, procuro demarcar os contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, as dificuldades encontradas e os projetos delineados para o futuro. Por último, em apêndices, exponho todos os documentos por mim elaborados e que apoiam este relatório.

# **1. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA**

Neste capítulo tratarei de justificar a pertinência e interesse do tema do meu projeto e a relevância da intervenção especializada de enfermagem à pessoa em situação crítica, particularmente com EAMcSST, de forma fundamentada, tendo como base a pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados eletrônicas e outros artigos e livros de referência.

## **1.1. Contextualização do tema**

A equipa conjunta da European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) e World Heart Federation (WHF) que elaborou a terceira definição universal de enfarte do miocárdio refere que “o termo enfarte agudo do miocárdio (EAM) deve ser utilizado quando houver evidência de necrose miocárdica num contexto clínico consistente com isquémia aguda do miocárdio” (Thygesen, et al., 2012, p. 2553). Os critérios estabelecidos pelo documento para conduzir a um diagnóstico de EAM são a deteção de uma subida e/ou descida dos valores do biomarcador cardíaco (de preferência a troponina cardíaca) em, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e com pelo menos um dos seguintes achados:

- Sintomas de isquémia;
- Novas (ou presumivelmente novas) alterações significativas do segmento ST/onda T (ST-T) ou bloqueio completo do ramo esquerdo (BCRE) de novo;
- Aparecimento de ondas Q patológicas no ECG;
- Evidência imagiológica de nova perda de miocárdio viável ou alterações da motilidade segmentar de novo;
- Identificação de um trombo intracoronário por angiografia ou autópsia.

A doença coronária aguda é, pela sua prevalência, morbilidade e mortalidade, uma situação de urgência que justifica uma intervenção planeada da Emergência Médica.

O último relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares aponta na população portuguesa uma “notória redução da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares ou doenças do aparelho circulatório” (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise, 2013, p. 6) nas últimas duas décadas mas faz a devida ressalva de que apesar dessa tendência, estas são ainda a principal causa de morte em todos os países europeus. Este relatório providencia também acesso aos mais recentes dados relativos à mortalidade (em números absolutos e relativos) da doença isquémica do coração e com particular relevância e mais especificamente à mortalidade por EAM. Para os autores esta é “uma situação clínica que reflete com grande sensibilidade a qualidade da prestação de cuidados assistenciais” (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise, 2013, p. 13). Analisando os números pode verificar-se na taxa de mortalidade padronizada por EAM em Portugal Continental nos anos de 2007 a 2011 uma tendência de diminuição de 22,19% dos 31,1 óbitos por 100000 habitantes em 2007 para 24,2 óbitos por 100000 habitantes em 2011. Estes números traduzem uma redução no mesmo período de tempo, em termos absolutos, de 14,68% no número de óbitos por EAM dos 5117 em 2007 para os 4366 no ano de 2011 com um pico em 2009 de 5664 óbitos por EAM.

Este trabalho aponta também a “discrepância, apenas parcialmente expectável, entre o número de óbitos global atribuídos ao enfarte agudo do miocárdio e o número de óbitos bastante inferior, reportado nos episódios de internamento hospitalar (1156 em 2010 e 1034 em 2011)” referindo que “grande parte dos óbitos ocorre de forma súbita antes da admissão hospitalar” (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise, 2013, p. 14).

Também a nível mundial, a doença das artérias coronárias é a principal causa de morte isolada e todos os anos mata mais de sete milhões de pessoas, o que representa 12,8% do número total de mortes (Steg, et al., 2012). Vários estudos recentes revelaram uma redução na mortalidade após EAMcSST na fase aguda e a longo prazo, associada a uma maior utilização da terapêutica de reperfusão, da angioplastia primária, das novas terapêuticas antitrombóticas e da prevenção secundária (Steg, et al., 2012). Contudo, a taxa de mortalidade mantém-se ainda elevada.

Em 1998 foram iniciados trabalhos pela Direção-Geral de Saúde (DGS), com a colaboração e participação ativas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), das Administrações Regionais de Saúde (ARS), da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e da Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) e foi decidido a necessidade da aplicação imediata no terreno de um modelo de intervenção para as situações de dor precordial, a Via Verde Coronária (Direção-Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento, 2001). É aprovada a rede de referenciação de intervenção cardiológica por despacho da Ministra da Saúde, Dr.<sup>a</sup> Maria de Belém Roseira, em 8 de Outubro de 1999 e pelo Ministro da Saúde, Prof. Doutor António Correia de Campos, em 18 de Julho de 2001. Este documento orienta também que hospitais devem ter Unidades e Serviços de Cardiologia e de que forma estes se devem organizar.

Em 2003 é criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares através do Despacho 16415/2003 do Ministério da Saúde e da DGS, publicado em Diário da República, e que é alvo de atualização, sendo republicado e divulgado pela DGS a 6 de Fevereiro de 2006 pela Circular Normativa nº 3 da Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Este programa visa a promoção da saúde, prolongando a vida ativa, comprimindo a morbilidade para o fim da vida e, ainda, melhorar a qualidade de vida em todas as fases da história natural de evolução das doenças cardiovasculares. No ponto oito desse documento, que diz respeito ao melhoramento do acesso ao diagnóstico e terapêutica da doença coronária, aponta-se como evidência que cerca de um terço dos casos de enfarte do miocárdio têm evolução fatal, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte, antes da chegada ao hospital. A DGS aponta que “a revascularização coronária farmacológica (trombólise), ou mecânica (angioplastia), realizada de forma atempada é apontada como responsável pela descida da mortalidade na fase aguda do enfarte do miocárdio para menos de 10%” (2006, p. 18). No entanto, em Portugal, de acordo com a DGS (2006), a terapêutica de reperfusão coronária é utilizada em apenas 41% dos doentes, o que constitui valores mais baixos do que em outros países europeus.

A DGS aponta o desenvolvimento nacional da VVC como meio para a melhoria do atendimento dos doentes em situação de doença cardíaca aguda e dessa forma diminuir a mortalidade por doença cardíaca isquémica no país.

A VVC pressupõe a identificação precoce de uma situação de enfarte agudo do miocárdio e o seu transporte célere até ao local mais próximo disponível com capacidade para realizar a desobstrução mecânica da oclusão arterial. Esta estratégia pretende promover a melhoria do acesso do doente vítima de dor precordial à rápida confirmação diagnóstica e instituição da melhor terapêutica.

A DGS propôs-se, nesse âmbito, a criar e publicar orientações técnicas sobre a intervenção precoce na fase aguda da doença coronária e a elaborar redes de referência para diagnóstico e terapêutica de doentes coronários estáveis ou em situação de urgência (enfarte do miocárdio).

A norma da DGS determina que caberá ao INEM, com o apoio do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares, coordenar o desenvolvimento e avaliação da implementação nacional da VVC e que deverá existir divulgação de informação, destinada à população em geral, sobre a melhor forma de utilização da VVC (DGS, 2006, p. 19).

Essa norma refletiu-se na publicação das recomendações clínicas para o EAM e o acidente vascular cerebral (AVC) pelo Alto Comissariado da Saúde através da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC) que salienta que o principal objetivo da implementação da VVC “é aumentar a reperfusão na fase aguda (...), melhorando o conhecimento por parte da população dos sinais de alerta, promovendo a utilização preferencial do número nacional de emergência (112), aumentando a capacidade de resposta pré-hospitalar por parte do INEM e garantindo acessibilidade aos locais mais adequados de tratamento (Alto Comissariado da Saúde: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007, p. 7).

É neste contexto que em 2007 surge um documento orientador para a VVC elaborado pela CNDC em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde e o Instituto Nacional de Emergência Médica e que estabelece como objetivos específicos o aumento do “número de doentes tratados com terapêutica de reperfusão, facilitando o acesso às técnicas de intervenção coronária percutânea, (...) otimizar a terapêutica de reperfusão (...) e estimular o cumprimento das recomendações internacionais que evidenciaram um claro impacto no prognóstico a curto, médio e longo prazo” (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007, p. 6).

O documento define via verde como “uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves

que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007, p. 8) e dá especial enfoque e prioridade à via verde pré-hospitalar.

O sucesso da implementação desta via verde é mencionada no mesmo documento como dependente do correto acionamento por parte do cidadão do sistema de emergência pré-hospitalar, de uma suspeita diagnóstica na fase pré-hospitalar e do encaminhamento atempado para as unidades hospitalares mais adequadas por parte do INEM.

O documento estimula, igualmente, a necessidade da criação de Vias Verdes intra-hospitalares, para o diagnóstico expedito e tratamento rápido das duas situações clínicas, quando o doente procura diretamente o Hospital, por sua iniciativa ou por meios diferentes do INEM. A responsabilidade da criação de circuitos hospitalares internos que possibilitem o tratamento de reperfusão no mais curto espaço de tempo, pertencerá a cada hospital.

O documento recomenda a criação futura de redes de referenciação inter-hospitalar para situações cardiovasculares de urgência e faz recomendações operacionais sobre as unidades hospitalares que concentram os recursos técnicos e humanos mais adequados para o encaminhamento e tratamento preferencial dos doentes de acordo com a sua situação clínica. Para esse efeito subdividiu as unidades hospitalares com capacidade para intervenção coronária percutânea (ICP) em três níveis: Nível 1 - Resposta total, 24h/dia todo o ano + Cirurgia Cardíaca; Nível 2 - Resposta total + Sem Cirurgia Cardíaca e Nível 3 - Resposta parcial + Sem Cirurgia Cardíaca.

Apesar de existir agora um instrumento que ajuda o doente coronário a ultrapassar as barreiras físicas e burocráticas ao seu tratamento precoce e atempado, qual será a dimensão do seu aproveitamento no contexto nacional? Se consultarmos os dados referentes à admissão de doentes em unidades coronárias disponibilizadas pelos indicadores de atividade para as vias verdes do Acidente Vascular Cerebral e Coronária nos hospitais nacionais para o ano de 2010 verificamos que do nº total de 18075, 9628 foram admitidos com EAM. Desses casos apurou-se que 4308 eram EAMcSST. No entanto, os doentes admitidos nas unidades coronárias pela Via Verde apenas representam 6% desse número contabilizando 954 admissões (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2012). O número de doentes admitidos em unidade coronária pela VVC pré-hospitalar em 2011 foram apenas de 713 (os



piores indicadores desde 2008) mas em 2012 verificou-se um aumento muito grande desses números para mais do dobro do ano prévio com 1523 admissões em unidade coronária pela VVC pré-hospitalar (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise, 2013). Os indicadores de atividade a respeito da VVC para o ano de 2011 também nos mostram uma assimetria regional a esse respeito. Embora as admissões em unidade coronária sejam similares nas regiões do Norte e Centro e ligeiramente superiores à região do Algarve é quando analisamos os dados relativamente às admissões por milhão de habitantes que a região do Algarve ganha especial relevo destacando-se isolada de todas as outras regiões. Da leitura dos dados salienta-se ainda que mais de metade desses casos deram entrada em apenas 3 hospitais (Coimbra, Faro e Vila Nova de Gaia/Espinho) e que a região de Lisboa e Vale do Tejo é em termos totais e relativos a que menos admissões tem por via da VVC.

É em Faro que temos a primeira aplicação de um estudo retrospectivo sobre o impacto da VVC e da angioplastia primária no tratamento ao EAMcSST. O Hospital de Faro, estando integrado numa rede de referência organizada garante que todos os doentes com EAMcSST trazidos pelo INEM ou admitidos nos Centros de Saúde, Serviços de Urgência Básica do Algarve ou Hospital do Barlavento Algarvio sejam transferidos de imediato para o Hospital de Faro com o objetivo de realizar angioplastia primária. Foram analisados os dados de 2008 referentes aos 120 doentes admitidos por EAMcSST de localização anterior no Hospital de Faro. A taxa de ativação da VVC no Hospital de Faro foi bastante elevada (74% do total de doentes com EAMcSST de localização anterior), “o que reflete o facto da VVC se encontrar em funcionamento há vários anos e ter sido progressivamente otimizada” (Marques, et al., 2012, p. 652). Os autores também salientam que “o facto de ainda existirem 23% dos doentes a recorrer diretamente ao SU de Hospital de Faro poderá levar a ponderar a realização de novas campanhas de sensibilização e educação do público” (Marques, et al., 2012, p. 652).

Sobre os doentes que recorrem aos hospitais sem ativarem medidas de avaliação sumárias como o recurso à linha telefónica da Saúde 24 ou contacto com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM é necessária uma estrutura competente que identifique potenciais situações de intervenção cardiológica de urgência. Após a admissão num Serviço de Urgência (SU) o primeiro contacto que os doentes têm é com um enfermeiro e são submetidos a uma avaliação da prioridade do seu atendimento através da Triagem de Manchester.

Foi publicado em 2008 um estudo retrospectivo realizado no Hospital Reynaldo dos Santos sobre a Triagem de Manchester nas Síndromes Coronárias Agudas (SCA) onde é analisada a prioridade atribuída pelo enfermeiro triador, o tempo entre a chegada ao hospital e o momento da triagem, o tempo até à primeira observação médica e o tempo até ao internamento em 114 doentes internados consecutivamente no serviço de Cardiologia com o diagnóstico de SCA que conclui que à maior parte desses doentes foi atribuída um prioridade “muito urgente” ou “urgente” e que a triagem inicial condiciona a rapidez do atendimento inicial por um médico (Matias, et al., 2008).

Num estudo levado a cabo no Hospital de São João apurou-se que a sensibilidade do Sistema de Triagem de Manchester para a atribuição de uma prioridade elevada foi nos doentes com diagnóstico de SCA no SU foi de 87,3% e 92,3% para os casos de EAMcSST (Pinto, Lunet, & Azevedo, 2010) revelando-se a utilização daquele sistema por enfermeiros na triagem do Serviço de Urgência do Hospital de S. João como um instrumento com elevada sensibilidade.

Outro estudo realizado em Faro analisa o tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos EAMcSST, constatando que a escolha do sintoma preferencial para o enfermeiro triador conduz a fluxogramas diferentes e classificação em diferentes graus de urgência (Trigo, et al., 2008). Os autores referem que o desconhecimento ou a falta de sensibilidade clínica para as formas de apresentação multifacetadas, ou mais atípicas, do EAMcSST podem condicionar a opção do fluxograma e serem desvalorizados sintomas como a dor torácica não intensa ou menos recente, o carácter de desconforto, uma localização epigástrica ou sintomas neurovegetativos acompanhantes como a indisposição, náuseas ou sudorese. São avançadas como propostas para otimizar a utilização do sistema de triagem na redução da demora intra-hospitalar no tratamento dos doentes com EAMcSST a formação contínua dos triadores, a correção de insuficiências dos fluxogramas, a divulgação das atuais *guidelines* para o tratamento, e inclusão do ECG no fluxograma de dor torácica a ser realizado nos primeiros dez minutos após a admissão. É também sugerida a criação da Via Verde intra-hospitalar como forma de correção de outras demoras no acesso às terapêuticas de reperfusão.

Estes dois estudos realizados em Portugal referem e remetem-nos para um estudo inglês que se propôs a avaliar a capacidade dos enfermeiros, usando o Sistema de Triagem de Manchester, em identificar os doentes com toracalgia que

necessitassem de realização de ECG imediato e avaliação clínica em dez minutos. Para tal, incluíram todos os pacientes atendidos no SU de um hospital em Manchester num período de quatro semanas consecutivas. Cada um desses doentes foi triado por um enfermeiro certificado no uso e aplicação do Sistema de Triagem de Manchester e mais tarde reavaliado por um dos sete pesquisadores deste estudo com recurso a uma ferramenta de prognóstico adaptada de uma revisão sistemática sobre a sintomatologia de dor torácica de outro autor. A discussão dos resultados encontrados aponta a enfermagem como uma ferramenta com alto grau de sensibilidade para a deteção de doentes com necessidade de realizar ECG urgente e ter um atendimento clínico em dez minutos embora a grande maioria dos enfermeiros triadores que participaram no estudo (treze em catorze) quando inquiridos manifestaram necessidade de mais treino para a avaliação de toracalgias. Estes dados podem inferir que a sensibilidade pode ser melhorada com o treino adequado dos enfermeiros triadores. Os autores concluem que “a aplicabilidade do Sistema de Triagem de Manchester por enfermeiros para estratificar doentes com dor torácica possibilita a correta alocação de recursos para este grupo de doentes” (Speake, Teece, & Mackway-Jones, 2003, p. 21), fazendo a ressalva que é necessário mais trabalho para determinar se o treino dos enfermeiros triadores pode melhorar os resultados.

## **1.2. Referencial teórico**

Os enfermeiros são, em meio hospitalar, o primeiro contacto com o doente com EAMcSST e devem contar com a certeza do seu julgamento clínico para identificar as situações com indicação para intervenção emergente ou muito urgente.

Benner, no seu modelo teórico de aquisição de competências e articulação de conhecimentos incorporados na prática especializada de enfermagem, considera que os enfermeiros experientes alcançam um entendimento da experiência de uma pessoa com uma doença e da resposta dessa pessoa à doença. Conseguem-no “através do conhecimento particular do doente, do seu padrão típico de respostas, da sua história e da forma como a doença constituiu a sua história, e através de conhecimento clínico avançado, que é adquirido a partir da experiência com muitas pessoas em situações semelhantes” (Benner, Tanner, & Chesla, 2009, p. 199). A

autora alerta-nos que o “raciocínio abstrato baseado apenas em critérios deixa de considerar as transições nas condições do paciente e transições na compreensão da situação clínica à medida que esta se desenrola” (Benner, Tanner, & Chesla, 2009, p. 213).

O conhecimento clínico que o enfermeiro adquire através da experiência sensibiliza-o para possíveis questões e preocupações em situações particulares (Benner, Tanner, & Chesla, 2009) e é uma ferramenta muito valiosa na abordagem ao doente com EAMcSST.

Abordando outra obra de Benner (2011), onde esta se debruça sobre a perícia clínica em contextos específicos, nomeadamente com pessoas em situação crítica e aguda, podemos perceber o julgamento clínico dos enfermeiros, constituindo-se como um suporte essencial à realização deste percurso formativo na área em que se insere. Para Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), a prática de enfermagem em situações críticas e agudas constitui um desafio a nível intelectual e emocional e requer um julgamento e respostas rápidas a acontecimentos onde existem condições de risco de vida e há pouca margem para erros. De acordo com os mesmos autores “O desenvolvimento de competências na prática de cuidados a situações críticas e agudas requer uma aprendizagem experimental sob pressão e «pensamento-na-ação» (pensamento ligado à ação em situações em curso)” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 1).

As autoras (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011) defendem que os enfermeiros, enquanto profissionais ligados ao conhecimento, não podem separar a enfermagem das ciências naturais e sociais e humanidades do uso do conhecimento em contextos clínicos específicos. A educação e o ensino não pode só focar-se em elementos e conceitos abstratos sem enunciar de que forma esse conhecimento pode ser utilizado e integrado na prática. Verificaram que “A apreensão dos aspetos mais simples de situações clínicas é fundamental antes de se partir para a compreensão da complexidade de situações e contextos clínicos em curso” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 2).

Assim sendo, identificaram dois hábitos de pensamento na ação e nove domínios da prática de enfermagem que cobrem aspetos do julgamento clínico, desenvolvimento do conhecimento clínico e comportamentos diários competentes da enfermagem em cuidados críticos e agudos (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Os hábitos de pensamento e ação são referentes a estilos da prática, pensamento e

ação que constituem as abordagens típicas enquanto que os domínios da prática podem ser considerados como ordenações representativas que estão organizadas por objetivos e interesses clínicos comuns (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Hábitos de pensamento e de ação:

- Compreensão e questionamento clínico: Identificação e resolução de problemas clínicos;
- Planeamento clínico: antecipação e prevenção de problemas potenciais.

Domínios da prática:

- Diagnóstico e manutenção de funções fisiológicas vitais em pessoas em situação crítica e aguda;
- O *know-how* competente para a gestão de crises;
- Proporcionar medidas de conforto para pessoas em situação crítica e aguda;
- Cuidados aos familiares;
- Prevenção de riscos num ambiente tecnológico;
- Enfrentar a morte: cuidados no fim de vida e tomada de decisões;
- Gestão do caso clínico: comunicação da avaliação clínica e melhoria do trabalho de equipa;
- Segurança do doente: monitorização da qualidade, prevenção e gestão do erro;
- O *know-how* competente da liderança clínica e moral e o treino e mentoria de outros profissionais.

De acordo com as autoras “O julgamento clínico é entendido como julgamento porque existe ausência de certeza. Pensamento e julgamento são chamados à ação em situações de ambiguidade, de indeterminação, inesperadas ou marcadamente diferentes de um conjunto de preconceções que se possa ter” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 27). Defendem que uma prática clínica de excelência requer sintonia e um sentido de oportunidade que ofereçam resposta ao cursar de situações clínicas que se encontram em permanente mutação e desenvolvimento. A experiência oferece um sentido sobre o que significa ter uma boa compreensão clínica ou entendimento de uma situação ou o que significa sentir-se confuso e com falta de entendimento da situação clínica. Isto é representativo de uma forma incorporada de conhecimento tácito que está disponível apenas a enfermeiros que aprenderam através de situações prévias que poderiam ser semelhantes ou marcadamente diferentes da situação atual. Benner, Kyriakidis e Stannard consideram que “para o perito, o questionamento clínico, que é a busca para o entendimento ou

resolução do problema, é iniciado por uma falha ou uma perda temporária de compreensão” (2011, p. 27).

Na obra são enunciados quatro aspetos do entendimento clínico:

- Fazer distinções qualitativas;
- Envolver-se em “trabalho de detetive”, pensamento sistemático e resolução de problemas clínicos;
- Reconhecer a relevância nos aspetos clínicos em mudança;
- Desenvolver conhecimento clínico em populações específicas de doentes.

O fazer distinções qualitativas implica reconhecer que aspetos são importantes em determinado contexto clínico de um doente e é um trabalho que requer uma aprendizagem experiencial e um julgamento situado naquele contexto. O pensamento sistemático acompanha o desenrolar da situação, as respostas do doente e o tempo em que estas aconteceram, o que foi tentado e o que não resultou. Reconhecer a relevância em mudança de determinados sinais e sintomas ou pontos de transição na abordagem da situação clínica são marcas de uma prática proficiente ou perita. O foco em populações mais pequenas, mais específicas, p. ex.<sup>o</sup> doentes cardíacos, permitem ao enfermeiro estar mais afinado com essa população e ser mais hábil no reconhecimento, antecipação e resolução das necessidades desses indivíduos.

As intervenções de um perito, na perspetiva de Benner, Kyriakidis e Stannard, são baseadas na resposta flexível que providencia à situação clínica e necessidades do doente. Estes autores entendem que “um bom entendimento clínico é essencial para desenvolver a capacidade de responder rapidamente a situações em mudança, isto é, a compreensão imediata que o enfermeiro perito faz da situação determina que intervenção é iniciada, quando é iniciada e de que forma é encaminhada” (2011, p. 56).

## **2. ESTÁGIOS REALIZADOS**

Neste capítulo abordo os estágios realizados em meio hospitalar, em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI) e serviço de urgência (SU), durante o primeiro semestre do ano letivo de 2013-2014 durante 18 semanas, de 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

### **2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos**

A escolha desta UCI integrada num serviço de Cardiologia como local para iniciar o estágio foi mediada por uma visita prévia em contexto de trabalho de campo. Esta unidade tem uma casuística bastante significativa e muito relevante para o meu propósito de estudar as pessoas que sofreram um EAMcSST e as implicações da intervenção dos enfermeiros nessas circunstâncias e na deteção dessas situações.

Esta UCI recebeu em média, nos anos de 2006 a 2011 e segundo dados da CNDIC (2012), 901,5 doentes anualmente nas suas camas. Valores que tornam esta unidade uma das maiores unidades de cuidados intensivos cardíacos do país.

Ao nível das admissões na unidade de doentes com o diagnóstico clínico de EAM para o ano de 2011 o número total foi de 365, 212 destes com elevação do segmento ST e 153 sem elevação do segmento ST. A admissão direta pelo protocolo VVC do doente transportado pelo INEM a esta unidade hospitalar através da sua Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular, ou da própria UCI caso fosse necessário temporizar o acesso do doente à unidade de hemodinâmica, foi efetuada para 32 doentes.

A minha passagem em contexto de estágio por uma UCI deveu-se ao propósito de desenvolver uma série de competências, a mais premente das quais diz respeito à prestação de cuidados direta a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O meu percurso profissional está intrinsecamente ligado ao serviço de urgência e, apesar da frequência com que lido com pessoas em situação crítica com necessidade de instituição de medidas de monitorização e suporte avançados para estabilização da sua situação clínica, a especificidade de uma UCI e

o modo como são executadas essas medidas de forma tão exímia e tão intensiva configura-se como uma parte importante do meu interesse por esta área.

Os cuidados intensivos são serviços que abordam especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes com patologias que ameaçam a vida ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. O objetivo primordial destes cuidados é suportar e recuperar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente e proporcionando oportunidades para uma melhor qualidade de vida (Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento, 2003).

A UCI está inserida num serviço de Cardiologia que dispõe de mais duas alas, uma destinada a internamentos curtos e outra para internamentos prolongados. Dispõe fisicamente de duas salas, uma com seis unidades e outra com duas unidades num total de oito unidades. O pessoal de enfermagem para o serviço é distribuído da seguinte forma: quatro enfermeiros na UCI em todos os turnos e dois ou três enfermeiros no serviço de internamento habitualmente. As admissões na unidade são resultado da referência dos hospitais que constituem o Centro Hospitalar, em grande parte do SU que o serve, e através do encaminhamento de outras unidades hospitalares. Pode ainda haver o caso das admissões serem resultado da referência das próprias consultas de cardiologia no hospital ou do atendimento não programado feito na própria consulta. Em todo o caso, e para efeito da VVC, foi-me garantido que há sempre a pronta disponibilização de vagas para os doentes abordados para angioplastia percutânea primária (ICP) na unidade de hemodinâmica.

O estágio nesta unidade foi realizado durante 8 semanas entre 30 de setembro e 20 de novembro de 2013.

Fui orientado por um enfermeiro que é considerado um perito no serviço e que me foi referenciado pela Enfermeira-chefe da Cardiologia.

Estabeleci como objetivo específico para este campo de estágio o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente com EAMcSST em contexto de Unidade Cardíaca após realização de angioplastia primária.

Para tal tive a necessidade de planear e implementar algumas atividades para dar suporte ao objetivo estabelecido tais como:



- Conhecer a estrutura física do serviço, organização e equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa com doença cardíaca coronária em contexto de cuidados intensivos;
- Consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço;
- Realizar revisão bibliográfica sobre o doente crítico em contexto de UCI, em particular com doença cardíaca coronária;
- Conhecer o percurso da pessoa em situação crítica desde a admissão na unidade até à sua transferência ou alta;
- Realizar um estudo de caso relativamente a uma pessoa com EAMcSST, identificando o processo de transição saúde doença, nomeadamente o impacto na pessoa doente e família.

No decurso do meu estágio na UCI cuidei de doentes adultos em situação crítica, isto é, daqueles em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica visando a prevenção e tratamento da doença, a antecipação de complicações e a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os doentes internados nesta unidade vivenciam processos complexos de doença, nomeadamente, síndromes coronários agudos (SCA), bradi ou taquiarritmias, insuficiência cardíaca descompensada, edema agudo do pulmão, choque (cardiogénico, hipovolémico ou séptico) e falência multiorgânica, alguns deles em espera para cirurgia de transplante cardíaco.

A prestação de cuidados de enfermagem a estes doentes requereu, no decurso deste estágio, a aprendizagem, aperfeiçoamento e domínio de técnicas, terapêuticas e tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, as técnicas de cardiologia de intervenção, a ventilação mecânica invasiva, o balão de contrapulsção intra-aórtica e farmacologia de suporte inotrópico, entre outros.

Uma das áreas onde procurei fazer incidir o foco do meu estágio em UCI foi a da ventilação mecânica. Em urgência é uma terapia comumente utilizada para a estabilização de quadros de doença cardiorrespiratória ou de alteração de estado de consciência súbita, nomeadamente em trauma, mas a recuperação destes doentes acontece, por regra, em serviços de UCI como esta unidade.

Embora os princípios de manutenção de via aérea (VA) e de ventilação mecânica propriamente dita me sejam bastante familiares existem cuidados associados a esta modalidade onde precisava de ganhar ou consolidar competências.

Desde logo, e dada a natureza do meu estágio pós-graduado em pessoa em situação crítica, pareceu-me pertinente assimilar as técnicas ou cuidados que maximizassem a intervenção na prevenção e controlo da infeção neste tipo de doentes. A pneumonia associada à ventilação mecânica é definida na literatura como a pneumonia nosocomial ocorrida em pessoas ventiladas mecanicamente pelo menos durante 48 horas (Oliveira, Zagalo, & Cavaco-Silva, 2014, p. 152).

Para além das medidas gerais de prevenção e controle de infeção hospitalar como higiene das mãos ou o uso de barreiras torna-se necessário suplementar esses cuidados de acordo com a especificidade do doente ventilado mecanicamente.

A elevação da cabeceira do doente (30° a 45°) é uma medida sem custos associados praticada na UCI e que tem efeito sobre a prevenção de aspiração de conteúdo gástrico para a VA (Drakulovic, et al., 1999). Outra medida também aplicada no serviço e com resultados comprovados em evidência científica na redução da incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica prende-se com a higienização da orofaringe, seja através da aplicação de compostos com cloro-hexidina ou outras soluções orais como medida de redução da colonização bacteriana (Shi, et al., 2013). A verificação da pressão do cuff do tubo endotraqueal e aspiração de secreções subglóticas também constitui uma medida importante no evitamento da colonização da traqueia (Rello, et al., 1996) e é parte integrante na abordagem destes doentes. A ausência de manómetros para ter um correto valor da pressão de cuff do tubo endotraqueal leva a que a selagem da via aérea seja feita por meio da auscultação da traqueia e por introdução do volume mínimo necessário de ar no cuff como meio de prevenir lesões decorrentes da pressão contínua nessas estruturas anatómicas. Essa é também a razão pelo qual o tubo era mobilizado diariamente de um lado para o outro da cavidade oral para evitar lesões por pressão nas comissuras labiais.

Outra das áreas ligada aos cuidados de enfermagem a doentes sob ventilação mecânica é a da nutrição via alimentação entérica. É uma área não trabalhada em SU, mais uma vez por razões que se prendem pela curta permanência destes doentes nesse serviço. Na unidade está dependente da articulação interdisciplinar entre médicos, enfermeiros e nutricionistas. O processo é iniciado mediante uma avaliação

do nutricionista das necessidades calóricas do doente e é principiada, mantida e avaliada pelo enfermeiro que presta cuidados a esse doente.

Ros, McNeill e Bennett (2009, p. 2405) referem que “o trato gastrointestinal é reconhecido pela sua função imunológica e de barreira e o seu «descanso» interfere com a função e estrutura da barreira mucosa. A alimentação entérica reverte a perda de integridade da mucosa gastrointestinal, mantém o aporte sanguíneo intestinal e contribui para a manutenção da resposta imunológica”.

Na unidade, a instituição de alimentação entérica aos doentes ventilados é célere e cabe ao enfermeiro a manutenção desse tipo de nutrição, bem como a prevenção dos riscos associados à mesma. As minhas ações nesse contexto variaram desde a colocação da sonda gástrica, manutenção da sua permeabilidade, verificação e gestão do volume gástrico residual, posicionamento do doente, avaliação da necessidade de introdução de medicação modificadora da motilidade gastrointestinal (como procinéticos ou laxantes como modo de compensar a imobilidade e o efeito da sedo-analgesia); ao controlo glicémico rigoroso.

Também tive oportunidade de contactar com técnicas de suporte cardíaco que me eram pouco familiares como é o caso do balão de contrapulsção intra-aórtica (BCIA).

A contrapulsção é um termo que descreve a insuflação do balão durante a diástole e a sua deflação no início da sístole. Segundo Krishna e Zacharowski (2009, p. 24), “a insuflação do balão leva ao deslocamento de volume sanguíneo dentro da aorta, tanto proximal como distalmente e isso provoca um potencial aumento do fluxo sanguíneo coronário e potenciais melhorias na perfusão sistémica”. Esta técnica foi usada com sucesso num doente com o diagnóstico de EAMcSST e em choque cardiogénico.

O nível de vigilância clínica dedicada a este doente era muito alto. Os cuidados recaíam na avaliação geral do seu estado hemodinâmico e do correto funcionamento do BCIA, bem como na vigilância de sinais de complicações precoces como isquémia do membro cateterizado, hemorragia ou infeção. Este doente foi progressivamente retirado desta técnica quando a necessidade de suporte inotrópico atingiu mínimos seguros para que esse desmame ocorresse sem intercorrências.

Para complemento das minhas atividades na unidade também elaborei um jornal de aprendizagem (Apêndice I) onde reflito sobre os cuidados de enfermagem prestados em UCI a um doente com um prognóstico muito reservado contextualizando

a sua situação familiar e a forma como os seus familiares se encontram vulnerabilizados num processo transicional muito custoso e de difícil compreensão onde o enfermeiro é um elemento de suporte e ligação ao próprio doente.

Como forma de corresponder ao elevado nível tecnológico de monitorização contínua por telemetria presente no serviço aceitei, após convite, participar de uma ação de formação profissional dirigida aos enfermeiros daquele Centro Hospitalar (Anexo I). O Curso de Leitura de Traçados Cardíacos para Enfermeiros promovido pelo Núcleo de Formação do Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos daquele Hospital teve a duração de oito horas e meia distribuídas em três horas teóricas e cinco horas e meia práticas ao longo de três dias. O formador foi um enfermeiro que exerce funções no serviço de Cardiologia do hospital e tem o Curso de Instrutor de Suporte Básico e Avançado de Vida do Conselho Português de Ressuscitação.

O curso tem como objetivos gerais a melhoria da capacidade de avaliação dos enfermeiros na interpretação dos diferentes traçados cardíacos e dar a conhecer as indicações para monitorização do ECG.

Os objetivos específicos são que os enfermeiros sejam capazes através da utilização de regras base de leitura de traçados cardíacos de: identificar os que podem surgir com maior frequência, identificar corretamente os ritmos de paragem e as disritmias peri-paragem e atuar em conformidade e despistar precocemente complicações que possam agravar o estado do doente.

O programa no primeiro dia consistiu em três horas dedicadas a suporte teórico: breves noções sobre eletrofisiologia cardíaca; leitura de traçado cardíaco; ritmos de paragem cardíaca; disritmias peri-paragem; a situação específica do EAM e a sua repercussão nos traçados cardíacos; ritmos cardíacos mais frequentes, extrassístoles supraventriculares e ventriculares e Cuidados de Enfermagem a doentes com monitorização cardíaca.

O segundo dia foi dedicado à análise de casos clínicos e interpretação de ritmos cardíacos mediante questões básicas e orientadoras.

O terceiro e último dia teve um registo prático e de avaliação mediante a resolução de casos clínicos com recurso à utilização de monitor desfibrilhador e manequim de SAV.

A frequência neste curso constituiu uma mais-valia, primeiro como complemento à formação em SAV, e em segundo pela componente que foi dirigida aos casos de EAM, componente fundamental do foco do meu estudo.

O estágio na unidade, para além de me ter proporcionado a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas à pessoa em situação crítica, em contexto de internamento em UCI, submetida a medidas de suporte ventilatório, com toda a especificidade que isso acarreta, também me permitiu acompanhar o percurso de doentes admitidos com o diagnóstico de EAMcSST desde a entrada naquela unidade de saúde pela unidade de hemodinâmica para realização de ICP primária até à passagem para o serviço de internamento após a permanência na UCI.

Tive a oportunidade de dedicar um dos turnos do estágio à visita da unidade de hemodinâmica durante o funcionamento diurno semanal desta, acompanhando um dos enfermeiros do serviço nas suas funções, incidindo particularmente nos cuidados aos doentes que eram submetidos a ICP.

A unidade de hemodinâmica dispõe de três salas, uma sala como laboratório de hemodinâmica de adultos e pediátrica, uma destinada a intervenções do foro arritmológico, como colocação de pacemaker, estudo eletrofisiológico ou ablação por catéter, e outra mais vocacionada para intervenções valvulares, como valvuloplastia percutânea. A equipa de enfermagem é muito experiente e funciona em dois turnos diários (das oito às quinze e das quinze às vinte) mais horário de prevenção (das vinte às oito). São distribuídos um enfermeiro por cada sala e outro no recobro, com a exceção das intervenções pediátricas que contam com dois enfermeiros e as intervenções valvulares que contam com três enfermeiros na sala. O serviço articula-se com a VVC através do INEM que faz contacto direto durante o horário das oito às vinte com ECG realizado e sugestivo, concomitantemente com a avaliação clínica, de EAMcSST ou BCRE de novo. Fora desse horário o contacto é efetuado para o médico de serviço da UCI que tem que acionar a equipa de prevenção.

Também realizei um estudo de caso (Apêndice II) como forma de aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem diferenciados que são prestados ao doente com diagnóstico de EAMCSST em contexto de unidade de cuidados intensivos através da implementação de um processo de enfermagem.

Uma das funções do enfermeiro na unidade é a integração numa equipa multidisciplinar que inicia um programa de reabilitação cardíaca, a fase 1 (intra-hospitalar), para o doente vítima de EAM. Estes programas, segundo a

CNDC (2009, p. 6), destinam-se a limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico e aumentar o *status* psicossocial e vocacional dos doentes seleccionados. Assim sendo, “o internamento em UCI é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si” (Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2003, p. 6).

Estes acontecimentos são muitas vezes originados na falha da gestão da saúde do próprio doente e podem gerar novas exigências ao nível da adesão a um novo regime terapêutico. Estas novas exigências fazem emergir novas necessidades de aprendizagem e os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação para a saúde e na promoção do *empowerment* do doente e da sua família para os desafios futuros.

As ações planeadas para e desenvolvidas no decurso deste campo de estágio permitiram-me a aquisição e desenvolvimento de um manancial de competências próprias do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Mais concretamente, e como descrito pela OE (2010), cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

## **2.2. Serviços de Urgência**

Realizei estágio em SU em duas unidades de saúde distintas. Esses dois contextos diferentes permitiram-me ter objetivos e atividades planeadas adequadas e adaptadas a cada local.

### **2.2.1. Serviço de Urgência – Primeiro Contexto de Estágio**

Este SU é classificado como um serviço de urgência polivalente (SUP) pelo despacho nº 5414/2008 do Ministério da Saúde que requalificou a Rede de Serviços de Urgência em Portugal. Quer com isto dizer que é um SU com o nível mais diferenciado de resposta à situação de Urgência/Emergência. Está assim capacitado a dar solução específica nas situações de EAMcSST.

O serviço estende-se ao longo de um corredor que se inicia na triagem e vai até um Serviço de Observação (SO). A triagem é assegurada por dois elementos durante os turnos da manhã e da tarde e por um à noite, existe uma sala de reanimação com elemento médico e de enfermagem permanente e uma sala de inalatórios para doentes enviados de balcão ou dos gabinetes de ambulatório com necessidade de oxigenoterapia que tem também apoio permanente de um elemento de enfermagem durante a manhã e a tarde, à noite torna-se necessário o recurso aos enfermeiros do balcão. Outros setores do SU incluem os gabinetes de ambulatório referidos anteriormente onde é realizada ocasionalmente medicação unicamente por via per os, um balcão de atendimento para doentes mais graves em ambulatório com um setor para macas que tem até três enfermeiros, a pequena cirurgia com um enfermeiro, uma sala para ortotraumatologia com um enfermeiro que no turno da noite também assegura o funcionamento da pequena cirurgia, uma unidade de decisão clínica, que serve para observação e monitorização de doentes que ainda não tenham um diagnóstico ou prognóstico claros, com um enfermeiro e finalmente um SO com doze unidades asseguradas por dois enfermeiros permanentemente.

No que concerne à VVC, este SU não recebe ou sequer serve de passagem aos doentes identificados como tal pelo INEM, mas tem uma VVC intra-hospitalar. Existe um protocolo no serviço para ativação da realização de ECG que funciona entre as oito horas e a meia-noite e cabe ao enfermeiro da triagem identificar, fazendo uso

do seu entendimento clínico, apoiado no Sistema de Triagem de Manchester e nos critérios de inclusão previstos nesse protocolo, os doentes com queixas de toracalgia ou disritmia para pedir realização de ECG urgente. Estes doentes são então estratificados de acordo com o entendimento clínico do enfermeiro, da triagem atribuída e da gravidade da situação e encaminhados para avaliação clínica na sala de reanimação ou no balcão onde realizam rapidamente o ECG e os restantes exames complementares de diagnóstico e iniciam todos os procedimentos de primeira linha enquanto se prepara o transporte para a unidade de hemodinâmica, se houver confirmação eletrocardiográfica de EAMcSST ou BCRE de novo.

O estágio neste serviço foi realizado durante 8 semanas entre 25 de novembro de 2013 e 17 de janeiro de 2014.

Fui orientado por uma enfermeira, referenciada pela Enfermeira-chefe por ser considerada um elemento perito no serviço e com projetos a serem desenvolvidos no âmbito da intervenção de enfermagem ao doente com EAM.

Estabeleci como objetivos específicos para este campo de estágio a identificação do circuito do doente com EAMcSST desde a admissão no serviço de urgência até à sua transferência e encaminhamento para o tratamento adequado e levantamento das necessidades em formação da equipa de enfermagem na área da intervenção à pessoa com o diagnóstico de EAMcSST e do protocolo nacional da VVC;

Para tal tive a necessidade de planear e implementar algumas atividades para dar suporte ao objetivo estabelecido tais como:

- Conhecer a estrutura física do serviço, organização e equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa com doença cardíaca coronária em contexto de emergência e urgência;
- Consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço;
- Realizar uma formação em serviço subordinada ao tema da VVC e das intervenções de enfermagem à pessoa com EAMcSST no SU

Sempre que possível fui integrado na sala de reanimação e quando tal não se justificava ou não era possível era integrado nas restantes valências onde se encontravam outros doentes em situação de urgência.

No decurso do estágio, e orientado para o meu tema de projeto, fui acompanhando o desenrolar de situações clínicas de doentes a quem foi



diagnosticado um SCA, e mais especificamente EAM, e pude dar conta dos procedimentos que se desenrolaram em função dessa ocorrência, desde a ativação do pedido do ECG pelo enfermeiro triador (algumas vezes a partir da própria sala de reanimação devido à instabilidade clínica inicial ou à gravidade dos sintomas e sinais inicialmente apresentados), aos procedimentos terapêuticos que iam desde a abordagem farmacológica às medidas de controlo de dor, ansiedade e dispneia não farmacológicas que os enfermeiros tão prontamente iniciam no decurso da sua intervenção ao doente.

O culminar destas ações em doentes com o diagnóstico de EAMcSST é o transporte para uma unidade de saúde dotada de laboratório de Hemodinâmica com capacidade para realização de coronariografia durante as 24 horas. Tive a oportunidade de acompanhar um doente e a equipa interdisciplinar, médica, enfermeira e tripulantes, à unidade de hemodinâmica para realização de ICP primária.

No âmbito do estágio, e em cooperação estreita com o serviço através da articulação e colaboração com a enfermeira orientadora iniciei um estudo quantitativo transversal e retrospectivo sobre a população de doentes que realizaram coronariografia (com ou sem ICP primária) na unidade de hemodinâmica do Centro Hospitalar encaminhados a partir deste SU. Para a nossa amostra apenas foram considerados doentes com o diagnóstico de saída relacionado com doença cardíaca/coronária.

Foi possível, devido à colaboração da unidade de hemodinâmica, compilar os nomes e números de processo dos doentes que realizaram o procedimento de urgência transferidos a partir do SU.

Devido à limitação temporal do período de estágio apenas foi possível analisar os dados do primeiro semestre de 2013. Foram examinados os dados relativos aos processos clínicos de 72 doentes.

Esta amostra foi caracterizada por género e por idade. É composta em dois terços por homens e os seus constituintes têm uma média de 66 anos de idade.

Procedeu-se à análise do tempo que decorreu entre a admissão a conclusão da triagem. A média foi de cinco minutos e cinquenta segundos.

Caracterizou-se a triagem aplicada a estes doentes segundo o Protocolo de Triagem de Manchester em termos da prioridade atribuída, do fluxograma e discriminador utilizado. As prioridades atribuídas mais significativas foram de urgente (amarelo) e muito urgente (laranja), a distribuição foi nomeadamente de vinte e de

quarenta e quatro, respetivamente. O fluxograma mais utilizado foi o de dor torácica (50) e os discriminadores mais usados foram o de dor pré-cordial (31) e dor moderada (13).

Foi determinado o encaminhamento dado ao doente a partir da triagem, na sua maioria para o balcão de medicina (50) mas houve necessidade de abordar dezasseis doentes na reanimação pelo seu estado clínico à chegada ou pelo elevado grau de suspeita clínica do enfermeiro triador de situação de EAM. O protocolo de pedido de ECG pelo enfermeiro triador foi ativado em apenas 33,33% das situações.

Foi também analisado o tempo decorrido entre a triagem e a realização do ECG após a ativação do protocolo de pedido de ECG pelo enfermeiro triador. O tempo médio é de vinte e seis minutos e dezoito segundos mas é afetado por uma situação pontual em que o tempo decorrido foi de quase quatro horas. O valor obtido para a mediana é mais demonstrativo da realidade e foi de dez minutos e trinta e oito segundos.

Os resultados deste estudo foram apresentados aos enfermeiros do SU no dia 13 de fevereiro de 2014 e foi precedida de uma formação dedicada ao tema da VVC elaborada por mim (Apêndice III). Esta teve como objetivos expor o EAM como um problema de saúde premente, apresentar o protocolo da VVC, definir o EAM, identificar os seus fatores de risco e enumerar os seus sinais e sintomas e dar a conhecer as recomendações mais atuais do tratamento do EAMCSST. Para tal procedi à apresentação dos dados epidemiológicos do EAM e da sua contextualização em termos de mortalidade em Portugal ao longo dos últimos anos. Defini o que é uma via verde e expus a evolução do programa de VVC desde a sua génese até ao modelo vigente. Apresentei a definição mais atualizada de EAM da ESC, e adotada em Portugal pela SPC, as medidas para o seu diagnóstico e abordagem inicial, a terapêutica prevista pelas recomendações clínicas da CNDC e as opções de terapêutica de reperfusão química ou mecânica.

Por último abordei as intervenções específicas de enfermagem na abordagem ao doente com EAM dando especial enfoque ao momento da triagem (o reconhecimento correto dos sinais e sintomas e pedido de ECG imediato), à preparação célere do doente para uma opção de reperfusão através de ICP primária, o que neste SU implica ativar um meio de transporte adequado que dê resposta ao Regulamento de Transporte de Doentes previsto pela Portaria nº1147/2001, onde

estão incluídas as características das Ambulâncias tipo C (medicalizadas), apropriadas para o transporte inter-hospitalar de doentes graves/críticos.

Estas ações desenvolvidas neste contexto de estágio proporcionaram-me a aquisição de competências nas áreas da investigação em Enfermagem e divulgação do conhecimento entre pares.

### 2.2.2. Serviço de Urgência – Segundo Contexto de Estágio

Este SU é uma urgência polivalente, obedecendo ao despacho nº 5414/2008 do Ministério da Saúde de 28 de fevereiro de 2008, e está inserido num Centro Hospitalar que engloba dois hospitais. Também dá assistência aos Hospitais Distritais da sua área de referência no que respeita às diferentes especialidades médicas e cirúrgicas. Faz parte de um Hospital Central que está dotado de recursos humanos, materiais e de equipamentos clínicos que dão uma resposta a um nível diferenciado a múltiplas situações de urgência/emergência.

O Serviço de Urgência Central (SUC) é constituído por duas áreas principais, a área de ambulatório e área de internamento. À área de ambulatório correspondem os sectores da triagem (com três postos de trabalho); reanimação (duas salas para uma capacidade total de três unidades); sector dos laranjas (três gabinetes e uma sala de tratamentos); sector dos amarelos (seis gabinetes e sala de tratamentos); sector dos verdes e azuis (quatro gabinetes e sala de tratamentos); uma sala de aerossóis para doentes exclusivamente do foro respiratório; um gabinete de cirurgia e sector de pequena cirurgia (duas salas); um sector de ortopedia com duas salas e no que concerne aos meios complementares de diagnóstico dispõe de sala de colheita de análises clínicas e duas salas de Radiologia para execução de radiografias.

A área de internamento corresponde ao SO que tem com capacidade para dezasseis unidades, onde poderão estar internados doentes de todas as especialidades.

O SUC dispõe para o seu funcionamento de quatro equipas de enfermagem que se distribuem por todos os seus sectores e cada posto de trabalho no ambulatório é assegurado por pelo menos um enfermeiro. O sector de internamento conta com três enfermeiros e existe ainda outro elemento responsável pelas transferências intra-hospitalares e pelos transportes secundários para outras instituições de doentes que necessitem de maior vigilância pela sua situação clínica. Esta organização e

funcionamento do SUC, pela sua complexidade e afluência, é supervisionada funcionalmente por um enfermeiro coordenador e um enfermeiro subcoordenador de equipa em cada turno, um para a área de ambulatório e o outro para a área de internamento, que podem, sempre que se justifique, realocar recursos humanos e materiais onde estes possam ser mais necessários de forma a colmatar fluxos de trabalho anormais mas ainda assim bastante frequentes.

No que diz respeito à VVC, esta não está instituída no SUC mas dá resposta ao protocolo iniciado na resposta pré-hospitalar e começa a ganhar uma maior dimensão ao longo do tempo. Houve mais encaminhamentos nos últimos anos do que os três registos do INEM em 2010, de acordo com os dados da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2011). Apesar de não haver uma rede de referenciação formal existe acordo com outros três hospitais para o encaminhamento dos doentes com necessidades de reperfusão miocárdica por angioplastia percutânea primária. A nível do SUC é também possível uma deteção precoce do doente cardíaco com EAMcSST ou BCRE de novo pela atuação do enfermeiro ao nível da triagem que tem protocolado o pedido da realização de ECG para todas as ocorrências de toracalgia não traumática. O encaminhamento para laboratório de hemodinâmica urgente fica condicionado pela necessidade de observação dos médicos do serviço e do médico de urgência de cardiologia e por eventuais questões processuais para as quais a intervenção do enfermeiro poderia ser significativa na celeridade da situação ou resolução de condicionalismos.

Este SU é também o serviço onde desempenho as minhas funções profissionalmente e onde com frequência exerço funções de enfermeiro subcoordenador ou coordenador de equipa.

A escolha deste campo de estágio é motivada pelo meu desejo de me articular com a minha instituição de forma a poder desenvolver projetos que tornem a prestação dos cuidados de enfermagem mais benéficas para as pessoas que a nós acorrem com os seus problemas de saúde. Procuro assim contribuir, junto dos meus pares e da instituição, para a melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem de forma assente na evidência científica mais atual de modo a que isso se possa manifestar em resultados positivos e ganhos em saúde para os doentes.

O estágio neste serviço foi realizado durante 4 semanas entre 20 de janeiro e 14 de fevereiro de 2014 e fui orientado pelo Enfermeiro-chefe do serviço.

Como objetivo específico para este campo de estágio pretendi desenvolver competências especializadas na área da gestão da qualidade e formação profissional no âmbito da intervenção Especializada de Enfermagem à pessoa e família em situação de doença crítica.

Para este campo de estágio estabeleci, de forma a dar resposta ao objetivo delineado, planear as seguintes atividades:

- Acompanhamento do enfermeiro tutor na coordenação do serviço/equipas;
- Participação na gestão de *stocks* de materiais consumíveis e equipamento;
- Planeamento de uma ação de formação em serviço sobre a VVC e aspetos da abordagem de enfermagem à pessoa com suspeição ou diagnóstico de EAMcSST que possam resultar no tratamento mais atempado possível em contexto intra-hospitalar.

Estes aspetos da gestão operacional e funcional de um serviço que pretendo incorporar vão permitir-me desenvolver competências previstas no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais especificamente na adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e na fundamentação da prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp. 9, 10): “C2.1. otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, “C2.2. adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” e “D2.3. provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”.

No que concerne à gestão do serviço e equipas, pude acompanhar as reuniões que ocorrem diariamente em duas ocasiões no turno da manhã, na entrada e na saída de turno. Nesta reunião estão presentes sempre a chefia de enfermagem do serviço, o enfermeiro-chefe e/ou o responsável de serviço, e os coordenadores e subcoordenadores das equipas que entram e que saem de turno naquele momento. Apesar de existir um momento em que há uma passagem verbal das ocorrências do turno entre as chefias de equipa, tanto na área de ambulatório como na área de internamento, estes momentos servem para inteirar a chefia do serviço dessas ocorrências e são muitas vezes catalisadores de oportunidades de mudança e

adaptação perante situações em que um problema é detetado no decurso daquele turno ou turnos. Um serviço desta natureza e dimensão ganha dinâmica perante uma gestão diligente.

Como forma de complementar as minhas atividades também elaborei um jornal de aprendizagem (Apêndice IV) onde reflito sobre os aspetos da gestão de um serviço e as competências necessárias para liderar de forma efetiva.

Outro aspeto importante da gestão do serviço prende-se com a organização dos vastos recursos materiais necessários ao seu funcionamento eficaz. Esta gestão carece de planeamento antecipado. Para isso encontram-se instituídas atividades semanais que colmatam essas necessidades. Tive oportunidade de poder acompanhar o meu enfermeiro orientador na realização dessas atividades e pude eu próprio realizá-las, em alguma medida, sob a sua supervisão. Semanalmente, às segundas, quartas e sextas-feiras é necessário fazer os pedidos à farmácia para os soros, solutos e medicação de gestão própria do serviço (a grande maioria da medicação corrente é gerida pela farmácia através da análise remota dos estoques das Pyxis®). Uma vez por semana, à terça-feira, são feitos os pedidos de consumíveis de higiene: papel higiénico, papel para as mãos, sabão líquido, sacos de plástico para lixo, pretos, brancos e vermelhos e caixas para corto-perfurantes. À quinta-feira procede-se à análise e validação dos pedidos de reparação para avarias de material e equipamentos que possam existir.

A gestão dos estoques de material de consumo é feita diariamente através de uma aplicação informática que se encontra emparelhada com o Serviço de Logística e Stocks e que permite um maior controlo dos gastos com esse tipo de material. Pude realizar esses procedimentos, supervisionado, com recurso a um terminal com capacidade de leitura de código de barras que identifica o código do artigo em questão e permite fazer o pedido para o armazém do número necessário de artigos para ter um nível predeterminado que garanta um fornecimento capaz aos diversos setores do SUC.

Outras tarefas de gestão do serviço, que apenas tive conhecimento, incluem ainda tarefas mensais como a supervisão da limpeza das grelhas do ar condicionado na primeira quinta-feira de cada mês e requisição de material administrativo nas segundas quartas-feiras de cada mês.

Por vezes existe a necessidade de proceder a requisições de validação urgente como material clínico para sistemas de VNI, máscaras, circuitos e filtros bacteriológicos para aparelhos de bipap VISION® e VIVO®.

Para solicitar material de uso mais restrito ou com uso e desgaste mais limitado é necessário fazer uma requisição de material de validação superior. Isto aplica-se, por exemplo, ao caso das agulhas intraósseas, algum material de algaliação específico da Urologia, material não descartável de estabilização cervical e de cabeça ou material para uso periférico dos desfibriladores e ventiladores portáteis.

Esta aprendizagem dos mecanismos intrínsecos à gestão do material de um serviço tão grande e que serve tantas pessoas diariamente serviu-me como uma mais-valia na obtenção de competências ao nível do planeamento e gestão dos recursos e adaptação destes a múltiplas situações e contextos visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Decorrente da circunstância deste estágio surgiu a proposta para integrar um futuro projeto de formação em serviço na área da prestação de cuidados à pessoa com EAM e que constitui uma valorização do trabalho por mim desenvolvido e que considero um corolário do meu percurso académico para este mestrado e que poderá trazer mudanças concretas à qualidade do serviço prestado no meu contexto de trabalho.

## CONCLUSÃO

Com o término dos estágios e após a realização do relatório torna-se fundamental refletir sobre a sua elaboração, analisando as competências adquiridas através das atividades realizadas em função dos objetivos previamente propostos.

A realização deste documento emerge no percurso académico orientado à obtenção do grau de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o nível proficiente de acordo com o proposto por Benner na área da pessoa em situação crítica, nomeadamente do doente com EAMcSST.

A aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspetiva do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, foi alicerçada na obtenção de conhecimento baseado na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades dos doentes que vivenciam processos de saúde ou doença crítica com falência orgânica.

O trabalho desenvolvido reflete a evidência científica produzida em programas nacionais de carácter muito relevante. A pesquisa efetuada permitiu-me sustentar teoricamente a justificação do tema. A opção pelo quadro teórico de Benner possibilitou-me enquadrar os conceitos e fundamentar as intervenções de enfermagem num contexto e condições específicas.

Os locais escolhidos para a realização dos estágios estão na vanguarda técnica da intervenção cardiológica em Portugal e este processo permitiu-me constatar de que forma os fatores analisados se integram na assistência ao doente com EAMcSST e de que forma a intervenção especializada de um enfermeiro nesse contexto pode ser uma mais-valia.

Analisando os locais de estágio e as atividades desenvolvidas em cada um posso transmitir em maior pormenor o alcance das minhas intervenções.

Na UCI pude adquirir e desenvolver um conjunto de competências muito específicas à prestação de cuidados direta a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O foco primordial foi direcionado



ao doente com EAMcSST admitido em Unidade Cardíaca após realização de angioplastia primária mas o trabalho desenvolvido para atingir as minhas metas também incidiu sobre outras patologias de forma a satisfazer em pleno os objetivos propostos

O estágio no primeiro contexto de SU foi de uma importância tremenda pela possibilidade de contextualizar a abordagem à pessoa com EAM num meio diferente daquele onde exerço profissionalmente e aperceber-me de outras dinâmicas e diferentes logísticas empregues para esse fim. Pude colaborar estreitamente com o serviço e disponibilizar dados objetivos do trabalho dos enfermeiros através da análise dos processos dos doentes que foram levados de lá para a unidade de hemodinâmica para realização de ICP primária. Foi um procedimento exaustivo e que consumiu muito do tempo dedicado a este campo de estágio mas que se reveste de muita importância pela valorização que teve no serviço e pela experiência que me conferiu na sua execução.

Para o estágio no segundo contexto de SU foi importante a compreensão que eu já possuía do serviço e as atividades lá desenvolvidas acrescentaram camadas suplementares de complexidade às competências da gestão do serviço que eu já desempenhava. O aspeto mais importante porém foi a hipótese de começar o planeamento de uma ação de formação em serviço sobre o EAM e a possibilidade de puder, atualmente, articular-me com a especialidade de Cardiologia, na pessoa do coordenador do laboratório da hemodinâmica, para o estabelecimento de um futuro protocolo para o pedido de ECG por enfermeiros na triagem, mais amplamente direcionado para a deteção precoce das pessoas com EAM.

No entanto, e apesar de considerar o meu rendimento perante os objetivos propostos plenamente satisfatório, o percurso revestiu-se de dificuldades expectáveis, sempre superáveis, é certo, mas muito rigorosas. A realização dos estágios, concomitantemente com a continuidade do exercício profissional, e a finalização deste documento nos prazos exigidos foi muito exigente mas também muito gratificante, na medida em que ao refletir sobre o percurso que efetuei constato que do ponto de onde parti ao lugar onde estou agora existe um património de competências científicas, técnicas, humanas e culturais que me tornaram não só um melhor profissional mas também uma melhor pessoa, mais valorizada e enriquecida no seu papel de forma a enfrentar os próximos desafios que o futuro possa trazer. Citando Benner, Tanner & Chesla (2009, p. 199), os enfermeiros experientes alcançam um entendimento da

experiência de uma pessoa com uma doença e da resposta dessa pessoa à doença “através do conhecimento particular do doente, do seu padrão típico de respostas, da sua história e da forma como a doença constituiu a sua história, e através de conhecimento clínico avançado, que é adquirido a partir da experiência com muitas pessoas em situações semelhantes”.

Não posso terminar sem salientar a importância dos orientadores dos locais de estágio e das equipas que com eles colaboraram e que permitiram a minha integração no contexto dos cuidados que prestávamos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral do Ensino Superior. (s.d.). *Descritores de Dublin*. Obtido de DGES - Direção Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior:  
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Alto Comissariado da Saúde: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgement & ethics* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- CIRCULAR NORMATIVA nº: 03/DSPCS. Direção-Geral de Saúde. (6 de Fevereiro de 2006).
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Documento orientador sobre vias verdes do enfarte agudo do miocárdio (EAM) e do acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa: CNDC.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Lisboa: CNDC.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2011). *Vias verdes coronária e do AVC: Indicadores de actividade 2010*. Lisboa: CNCD.

- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2012). *Vias verdes coronária e do AVC: Relatório de atividades 2011*. Lisboa: CNCD.
- DESPACHO nº. 16415/2003. Diário da República II série. 193 (22/08/2003).
- DESPACHO nº. 5414/2008. Diário da República II série. 42 (28/02/2008).
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. (2010). *Elementos estatísticos: Informação geral: Saúde 2008*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2001). *Rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica*. Lisboa: DGS.
- Drakulovic, M., Torres, A., Bauer, T., Nicolas, J., Nogué, S., & Ferrer, M. (27 de Novembro de 1999). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *Lancet*, 354(9193), pp. 1851-1858.
- Krishna, M., & Zacharowski, K. (Fevereiro de 2009). Principles of intra-aortic balloon pump counterpulsation. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*, 9(1), pp. 24-28. doi: 10.1093/bjaceaccp/mkn051
- Marques, N., Faria, R., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., & Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Rev Port Cardiol*, 31(10), 647-654. doi:10.1016/j.repc.2012.07.005
- Matias, C., Oliveira, R., Duarte, R., Bico, P., Mendonça, C., Nuno, L., . . . Afonso, S. (Fevereiro de 2008). Triagem de Manchester nas Síndromes Coronárias Agudas. *Rev Port Cardiol*, 27(2), pp. 205-216.
- Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Oliveira, J., Zagalo, C., & Cavaco-Silva, P. (24 de Março de 2014). Prevenção de pneumonia associada ao uso do ventilador. *Rev Port Pneumol*, 20(3), pp. 152-161. doi:doi:10.1016/j.rppneu.2014.01.002
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (2010). Sensibilidade e especificidade do sistema de manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. *Rev Port Cardiol*, 29(06), 961-987.
- PORTARIA nº. 1147/2001. Diário da República I série-B. 226 (28/09/2001).
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013). *Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Rello, J., Soñora, R., Jubert, P., Artigas, A., Rué, M., & Vallés, J. (Julho de 1996). Pneumonia in intubated patients: role of respiratory airway care. *Am J Respir Crit Care Med*, 154(1), pp. 111-115.
- Ros, C., McNeill, L., & Bennett, P. (Setembro de 2009). Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *J Clin Nurs*, 18(17), pp. 2406-2415. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02765.x
- Shi, Z., Xie, H., Wang, P., Zhang, Q., Wu, Y., Chen, E., . . . Furness, S. (13 de Agosto de 2013). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD008367.pub2
- Speake, D., Teece, S., & Mackway-Jones, K. (2003). Detecting high risk patients with chest pain. *Emerg Nurse*, 11(5), pp. 19-21.
- Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blömostrom-Lundqvist, C., Borger, M. A., . . . Zahger, D. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 33(20), 2569-2619. doi:10.1093/eurheartj/ehs215
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 33(20), 2551–2567. doi:10.1093/eurheartj/ehs184
- Trigo, J., Gago, P., Mimoso, J., Santos, W., Marques, N., & Gomes, V. (2008). Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de manchester nos enfartes agudos do miocárdio com elevação de ST. *Rev Port Cardiol*, 27(10), 1251-1259.



## **APÊNDICES E ANEXOS**





## **APÊNDICE I - JORNAL DE APRENDIZAGEM EM UCI**





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em  
Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Lisboa  
Novembro de 2013





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em  
Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Docente Orientador: Professora Anabela Mendes

Lisboa

Novembro de 2013



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PCR – Paragem Cardiorespiratória

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos





## ÍNDICE

1.Jornal de aprendizagem .....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	12



## 1. JORNAL DE APRENDIZAGEM

A relação que se desenvolve entre o enfermeiro e os familiares de um doente depende em grande medida do ambiente em que a interação acontece. O ambiente pode ser assim reconhecido como um fator facilitador ou um dificultador (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) desse contato. No meu exercício profissional em contexto de um serviço de urgência esse contato tem um carácter muito transversal, acontece num momento muito preciso e determinado na vida de uma pessoa e da sua família e raras são as situações em que se estende por mais de um dia ou se repete em várias ocasiões.

Num serviço de internamento, nomeadamente numa unidade de cuidados intensivos (UCI), em que o contato entre o enfermeiro e o doente e a sua família ganha um carácter mais longitudinal, as circunstâncias da relação entre esses intervenientes são claramente diferentes.

O senhor Manuel, de 62 anos de idade, deslocou-se da sua residência para assistir ao funeral de um amigo e teve um episódio de lipotímia, tendo sido encaminhado ao Hospital de [REDACTED] para ser observado no serviço de urgência. Após a triagem onde lhe foi detetado um pico febril e enquanto aguardava consulta médica faz uma paragem cardiorrespiratória (PCR). É abordado na sala de reanimação e na monitorização apresenta traçado cardíaco em fibrilhação ventricular. Retomou a circulação espontânea após suporte avançado de vida com necessidade de três choques. O eletrocardiograma após a PCR é sugestivo de enfarte agudo do miocárdio por elevação do segmento ST em várias derivações anteriores e com infradesnívelamento nas restantes derivações. A partir deste momento era impreterível a realização de coronariografia com a intencionalidade de intervenção diagnóstica e terapêutica. O doente foi transferido para a UCI onde estou a realizar o meu estágio e rapidamente realizou angioplastia da artéria coronária direita na sua porção ostial com aspiração de trombos e colocação de stent.

A situação de transição saúde doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) tem repercussões significativas na pessoa doente e na sua família. Considerando o período de tempo que medeia o início e o diagnóstico dos

acontecimentos – inferior a 24h – percebo que a sua esposa e filho assistem e vivenciam um corrúpio de circunstâncias que são causa de disrupção dos papéis que desempenhavam e do estadio em que se encontravam. Estão em desequilíbrio, e sentem-se vulneráveis pelo modo como a situação se apresentou no seu quotidiano e condiciona o seu bem-estar.

É neste ponto da sua vida que os encontro. A pessoa doente, assumida como o “patriarca da família” está num local estranho em que a tecnologia que o cerca os faz sentirem-se assoberbados e assustados com tudo. Considero que seja importante detalhar esta situação no sentido da minha aprendizagem clínica. Creio que a possibilidade de realizar este exercício reflexivo e sustentar a tomada de decisão na evidência científica produzida conduzirão a um desenvolvimento de competências e possibilitará uma intervenção mais sustentada nas situações que futuramente possam surgir,

O senhor Manuel está dependente de apoio ventilatório invasivo e de suporte aminérgico que mantêm as suas funções vitais após um quadro de choque cardiogénico/séptico. A família está ávida de informação no sentido de interpretar todo este panorama que se lhes apresenta. No meu contacto com eles tento manter uma atitude esperançosa referindo que pensamos que a intervenção no hospital de origem foi atempada e que agora teremos de aguardar e dar tempo para que todas as atitudes terapêuticas façam o seu efeito. Noto, porém, que a atitude e abordagem dos meus colegas que ali exercem profissionalmente a esta família é mais cautelosa e até gradualmente antecipatória de um mau prognóstico.

Apesar de agora saber que o senhor Manuel sofre de uma encefalopatia anóxica, fui confrontado com uma situação que me é menos familiar, que é a de lidar continuamente com a família num momento que precipita o fim de vida de um ente querido. Contudo, considero que o fato de ter tido sempre em consideração a necessidade de inclusão desta família em todos os processos relacionados com o doente foi-lhes benéfica para facilitar o processo de transição em que se encontram.

Klink et al. (2010, p. 216) referem que a compreensão e satisfação com o cuidado demonstrado aos doentes terminais e aos seus familiares também são dos principais aspetos-chave para as famílias que lidam com o internamento na UCI.

Nestas situações, segundo Yeager et al. (2010, p. 49), os profissionais deparam-se com o desafio de não só cuidar ativamente dos seus doentes, mas também apoiar as famílias na transição através do processo de luto. Nesse sentido,

os profissionais devem aprender a equilibrar a difícil tarefa da ressuscitação com a arte do cuidar do fim de vida de forma compassiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Klink, M. A., Heijboer, L., Hofhuis, J. G., Hovingh, A., Rommes, J. H., Westerman, M. J., & Spronk, P. E. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(4), pp. 215-225.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nurse Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Yeager, S., Doust, C., Epting, S., Iannantuono, B., Indian, C., Lenhart, B., . . . Thomas, K. (2010). Embrace hope: an end-of-life intervention to support neurological critical care patients and their families. *Critical Care Nurse*, 30(1), pp. 47-58.

## **APÊNDICE II - ESTUDO DE CASO EM UCI**







**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Lisboa  
Fevereiro de 2014





**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Docente Orientador: Professora Anabela Mendes

Lisboa

Fevereiro de 2014



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

EAMCSST - Enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos



## ÍNDICE

Introdução .....	9
1.Histórico de Enfermagem .....	10
2.Diagnósticos e intervenções de enfermagem .....	11
3.Avaliação .....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	15





## INTRODUÇÃO

A ocorrência de um enfarte agudo do miocárdio (EAM) é um evento potencialmente traumatizante e incapacitante na vida de uma pessoa e a emergência do seu tratamento leva-a a experienciar mudanças muito rápidas e abruptas no seu contexto e pode levar a dificuldades na sua adaptação à sua nova condição.

Para Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), o papel da enfermagem passa pela ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida. A transição é definida como “a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256).

Estas transições constituem modificações do estado de saúde, modificações no papel das relações, modificações das expectativas, modificações nas competências, que afetam o desenvolvimento no processo saúde/doença e que segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento e altere o comportamento levando a uma mudança na definição do “eu” no contexto social.

Este estudo teve como objetivo aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem diferenciados que são prestados ao doente com diagnóstico de EAMCSST em contexto de unidade de cuidados intensivos através da implementação de um processo de enfermagem utilizando diagnósticos identificados através da linguagem da NANDA-I, versão de 2012.

## 1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Doente de 78 anos, sexo masculino, raça branca. Deu entrada na Unidade de Hemodinâmica [REDACTED], transferido diretamente do serviço de urgência do Hospital de [REDACTED] após diagnóstico de EAMCSST nas derivações anteriores. Sem alergias conhecidas. Antecedentes pessoais de doença: hipertensão arterial e dislipidémia medicadas. Realizou angioplastia primária (sob abciximab) com trombectomia mecânica e *stent* farmacológico. Imediatamente após procedimento foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde permaneceu cerca de 36 horas internado, tendo sido posteriormente transferido para a enfermaria. Durante o internamento manteve-se hemodinamicamente estável, com boa evolução clínica e laboratorial. Dependente de oxigénio até à data de transferência. Ansioso relativamente à situação clínica e necessidade de seguimento de saúde especializado (reside longe). Com períodos de queixas álgicas a nível torácico (primeiras horas) e no local de punção arterial (até 2º dia). Dificuldade em adormecer relacionada com ansiedade, dor e ambiente da unidade, com necessidade de administração de ansiolítico no 1º dia de internamento. Esposa veio visitá-lo ao 2º dia de internamento, manifestando muitas dúvidas sobre o processo de doença, tratamento e cuidados preventivos. Manteve trombocitopenia iatrogénica, embora com melhoria gradual ao longo do internamento.

## 2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Perfusão tecidual cardiopulmonar ineficaz	<u>Eficácia da bomba cardíaca</u>  <u>Estado circulatório</u>  <u>Estado respiratório: trocas gasosas</u>  <u>Perfusão tecidual: cardíaca</u>  <u>Perfusão tecidual: pulmonar</u>  <u>Sinais vitais</u>	Controle de arritmias Controle do choque: cardiogénico Cuidados cardíacos: fase aguda Cuidados cardíacos Regulação hemodinâmica Controle hidroeletrólítico Controle hídrico Controle ácido-básico Monitorização de sinais vitais Monitorização respiratória Monitorização hídrica Monitorização hemodinâmica invasiva Interpretação de dados laboratoriais Precauções cardíacas Oxigenioterapia Administração de medicamentos Terapia endovenosa Controle de medicamentos Monitorização das extremidades inferiores Regulação da temperatura
Dor aguda	<u>Controlo da dor</u>  <u>Nível de conforto</u>	Controlo da dor Controlo de medicamentos Administração de medicamentos Ensino: indivíduo Ensino: procedimento/tratamento Informação preparatória sobre possíveis sensações Redução da ansiedade Melhoria do sono Aplicação de frio Controlo do ambiente: conforto Posicionamento Suporte emocional Humor

		Controlo de energia Oxigenioterapia
<b>Ansiedade</b>	<u>Autocontrolo da ansiedade</u>	Redução da ansiedade Aconselhamento Administração de medicamentos Aumento da segurança Controlo do ambiente Orientação antecipada Suporte emocional
<b>Privação de sono</b>	<u>Sono</u>	Melhoria do sono Controle da dor Controlo de medicamentos Controlo do ambiente
<b>Comportamento de saúde propenso a risco</b>	<u>Aceitação: estado de saúde</u>  <u>Comportamento de aceitação</u>  <u>Comportamento de busca de saúde</u>  <u>Motivação</u>	Contrato com o doente Estabelecimento de metas mútuas Ensino: processo de doença Ensino: medicação Ensino: dieta prescrita Educação para a saúde Esclarecimento de valores Melhoria do enfrentamento Orientação antecipada Assistência na automodificação Aconselhamento Suporte emocional Suporte à família Apoio à tomada de decisão Facilitação da autorresponsabilidade Orientação quanto ao Sistema de Saúde
<b>Risco de hemorragia</b>	<u>Coagulação sanguínea</u>	Precauções contra hemorragias Controlo de medicamentos
<b>Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</b>	<u>Equilíbrio eletrolítico e ácido-base</u>	Controle de eletrólitos Controle hídrico Controle hidroeletrólítico
<b>Risco de infeção</b>	<u>Cicatrização de feridas: primeira intenção (artéria radial direita)</u>	Cuidados com local de incisão Ensino: procedimento/tratamento Precauções circulatórias Supervisão da pele
<b>Risco de intolerância à atividade</b>	<u>Conservação da energia</u> <u>Resistência</u> <u>Tolerância à atividade</u>	Assistência no autocuidado: atividades essenciais de vida diária Controlo da energia

		Controlo da dor Controlo do ambiente: conforto Controlo da nutrição Promoção do exercício Terapia com exercícios: deambulação Oxigenioterapia Ensino: atividade/exercício prescritos Monitorização de sinais vitais Controle de medicamentos Suporte emocional
<b>Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</b>	<u>Estado nutricional: ingestão de nutrientes</u>	Controlo da nutrição Aconselhamento nutricional Ensino: dieta prescrita Suporte à família Monitorização nutricional

### **3. AVALIAÇÃO**

O plano de cuidados implementado permitiu incidir nos problemas pertinentes para o doente e para a sua esposa durante o internamento na UCI que é, por si só, curto e por isso mesmo limitado no tempo e profundidade da intervenção de enfermagem. Os resultados foram atingidos na maioria deles, sendo que para o diagnóstico de “Comportamento de saúde propenso a risco” os resultados não foram atingidos na totalidade durante o internamento na UCI. No entanto, as intervenções levantadas tiveram continuidade na enfermaria. Em entrevista posterior ao doente constatou-se que todos os resultados foram atingidos.

As dificuldades sentidas na construção deste plano de cuidados prenderam-se com a sobreposição de diagnósticos e fatores relacionados, o que obrigou à seleção dos mais pertinentes e relevantes para a situação do doente/família, contexto e duração do internamento, no sentido de evitar a repetição exaustiva de resultados a atingir e intervenções de enfermagem a implementar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herdman, T. (2012). *NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC* (2 ed.). (R. M. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), pp. 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nurse Science*, 23(1), pp. 12-28.





### **APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO SOBRE A VVC EM SU**



# VIA VERDE CORONÁRIA (VVC)

Intervenções de enfermagem à pessoa com enfarte agudo do miocárdio  
com elevação do segmento ST no serviço de urgência

Filipe Pires Marques | Professora orientadora Anabela Mendes | Enf.ª orientadora Ana Pimentel

## Objetivos

- Compreender o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) como um problema de saúde premente;
- Conhecer o protocolo da Via Verde Coronária (VVC);
- Definir o EAM;
- Identificar os fatores de risco para o EAM;
- Enumerar os sinais e sintomas do EAM;
- Conhecer as recomendações mais atuais do tratamento do EAMCSST.

## Sumário

Epidemiologia do EAM

Definição de Via Verde e enquadramento histórico da VVC

Definição de EAM

Diagnóstico e abordagem inicial

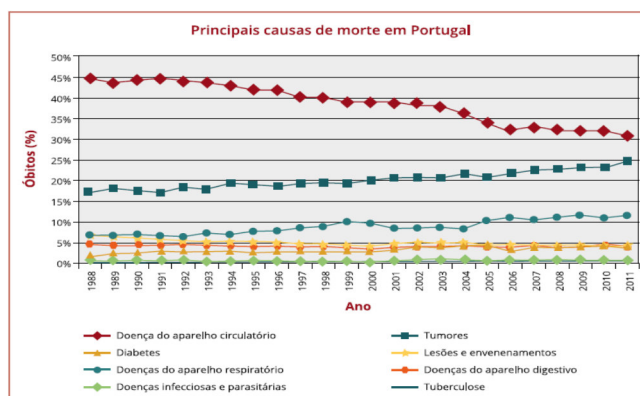
Terapêutica

Terapêutica de reperfusão química / mecânica

Intervenções de enfermagem

Indicadores de atividade de enfermagem do SU HSFX

## EAM - mortalidade



Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2011)

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013)

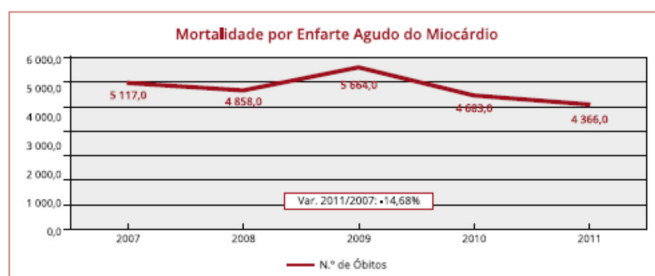
## EAM - mortalidade



Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013)

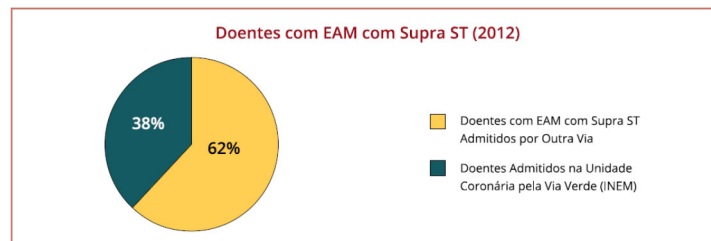
## EAM - mortalidade



Número de óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em Portugal Continental (2007-2011)

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013)

## EAM - admissões em unidades de saúde



Doentes admitidos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com Supra ST, em Portugal (2012)

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013)

## Via Verde - definição

Define-se “*Via Verde*” como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

Parecer Nº AM 05/2005 de 05.10.2005 – SEAS

## VVC – enquadramento

Em 1998 foram iniciados trabalhos pela Direção-Geral de Saúde (DGS), com a colaboração e participação ativas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), das Administrações Regionais de Saúde (ARS), da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e da Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) e foi decidido a necessidade da aplicação imediata no terreno de um modelo de intervenção para as situações de dor precordial, a Via Verde Coronária.

Rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica, 2001

## VVC - enquadramento

Em 2005 existe a nomeação de um Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares através de despacho do Diário da República com definição de competências e programa específico.

- e) Promover a actualização das redes de referência nacionais para as doenças cardiovasculares, tanto de doentes electivos como de urgentes (vias verdes), de acordo com as especificidades regionais e adoptando critérios de base científica comprovada;**

Despacho nº. 19 670/2005 (2.ª série)

## VVC - enquadramento

### Direcção-Geral da Saúde

### Circular Normativa

Assunto: Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

Nº: 03/DSPCS  
DATA: 06/02/06

Para: Administrações Regionais de Saúde e Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde

Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde

Em 2003 é criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares através do Despacho 16415/2003 do Ministério da Saúde e da DGS, publicado em Diário da República, e que é alvo de actualização, sendo republicado e divulgado pela DGS a 6 de Fevereiro de 2006 pela Circular Normativa nº 3 da Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde

## VVC - enquadramento

### ***8. Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária***

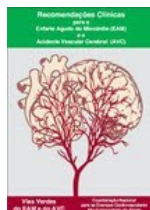
Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda da doença coronária, destinadas aos profissionais de saúde;
- redes de referência para diagnóstico e terapêutica, de doentes coronários estáveis ou em situação de urgência (enfarte do miocárdio) destinadas aos profissionais de saúde;



## VVC - enquadramento

Em 2007 são publicadas as recomendações clínicas para o EAM pelo Alto Comissariado da Saúde através da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e o documento orientador para a VVC elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde e o Instituto Nacional de Emergência Médica



## EAM - definição

O termo enfarte agudo do miocárdio (EAM) deve ser utilizado quando houver evidência de necrose miocárdica num contexto clínico consistente com isquémia aguda do miocárdio. Nestas condições, qualquer um dos seguintes critérios conduz ao diagnóstico de EAM:

Deteção de uma subida e/ou descida dos valores do biomarcador cardíaco (de preferência, troponina cardíaca) com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e, pelo menos, com um dos seguintes achados:

Sintomas de isquémia.

Novas (ou presumivelmente novas) alterações significativas do segmento ST/onda T (ST-T) ou bloqueio completo do ramo esquerdo (BCRE) de novo

Aparecimento de ondas Q patológicas no ECG.

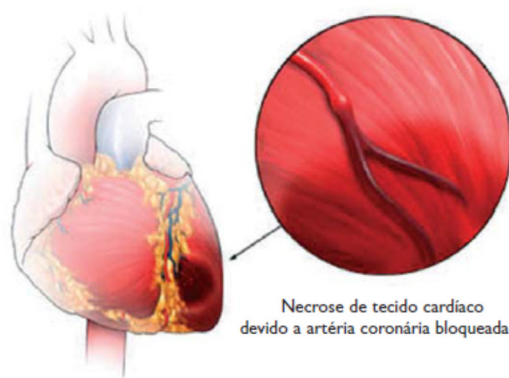
Evidência imagiológica de nova perda de miocárdio viável ou alterações da motilidade segmentar de novo.

Identificação de um trombo intracoronário por angiografia ou autópsia

(...)

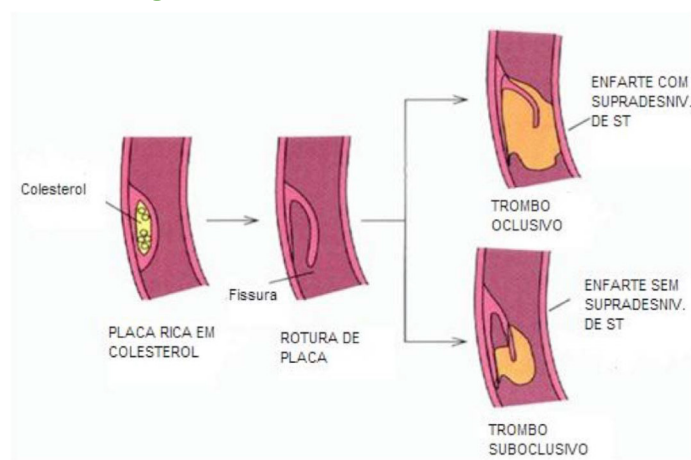
European Society of Cardiology, 2012

## EAM - definição



Fonte: (Sociedade Portuguesa de Cardiologia)

## EAM - definição



Fonte: (Sociedade Portuguesa de Cardiologia)

## EAM - sintomas e sinais

Desconforto retroesternal – opressão, peso, ardor, pressão ou dor retroesternal, habitualmente com mais de 30 minutos de duração

Desconforto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso (entre as omoplatas) ou epigastro

Dispneia – pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto

Diaforese, náuseas e vômitos

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## EAM - epidemiologia

Características demográficas e antecedentes clínicos associados a uma maior probabilidade dos sintomas e sinais serem devidos a isquémia miocárdica:

Idade > 70 anos

Diabetes mellitus

Antecedentes de doença coronária – EAM, ICP ou cirurgia coronária

Antecedentes de doença vascular extracardíaca: doença arterial cerebral e doença arterial periférica

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## EAM – fatores de risco cardiovascular

### **Principais fatores de risco individuais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares:**

Tensão arterial elevada;

Dislipidémia;

Hábitos tabágicos;

Alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e, açúcar, ou carência de vegetais e leite);

Excesso de peso / obesidade;

Sedentarismo;

Diabetes Mellitus;

Stress excessivo.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006

## EAM – recomendações para o diagnóstico inicial

A identificação dos sintomas e sinais do EAMCSST é essencial para despoletar o processo diagnóstico com o ECG de 12 derivações.

Todos os doentes com sintomas ou sinais sugestivos de EAM devem realizar ECG de 12 derivações no prazo máximo de 10 minutos a partir do momento da chegada ao serviço de urgência.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

A monitorização eletrocardiográfica deve ser iniciada logo que possível e em todos os doentes com suspeita de EAMCSST.

Recomenda-se a colheita de sangue para determinação dos marcadores séricos de rotina, na fase aguda, mas não se deve aguardar pelos resultados para iniciar o tratamento de reperfusão.

European Society of Cardiology, 2012

## EAM - avaliação clínica inicial

A avaliação clínica inicial do doente com EAMCSST deve incluir a determinação do tempo decorrido desde o início dos sintomas, a procura de marcadores de risco mais elevado (relacionados com a extensão do EAM, localização do EAM e complicações do EAM como perturbações do ritmo cardíaco, falência ventricular esquerda, choque cardiogénico e complicações mecânicas) e a estimativa do risco hemorrágico.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## EAM – deteção eletrocardiográfica

### **CrITÉrios de elevação do segmento ST:**

Nova elevação do segmento ST no ponto J em duas derivações contÍguas com os seguintes pontos de corte:

- $\geq 0,1$  mV em todas as derivações, excepto nas derivações V2-V3 nos homens e nas mulheres.
- Nas derivações V2-V3,  $\geq 0,2$  mV nos homens  $\geq 40$  anos e  $\geq 0,25$  mV nos homens  $< 40$  anos.
- Nas derivações V2-V3,  $\geq 0,15$  mV nas mulheres.



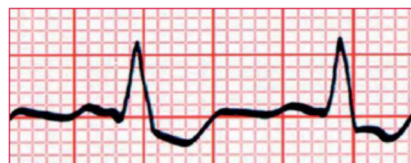
Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia

European Society of Cardiology, 2012

## EAM – deteção eletrocardiográfica

### Depressão do segmento ST e alterações da onda T:

Nova depressão horizontal ou em rampa descendente do segmento ST  $\geq 0,05$  mV em duas derivações contíguas



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia

OU

Inversão da onda T  $\geq 0,1$  mV em duas derivações contíguas com onda R proeminente ou rácio R/S  $>1$

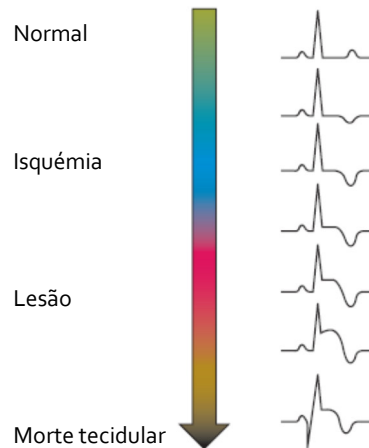
European Society of Cardiology, 2012

## Localização de EAM por derivação de ECG

I lateral	aVR	V <sub>1</sub> septal	V <sub>4</sub> anterior
II inferior	aVL lateral	V <sub>2</sub> septal	V <sub>5</sub> lateral
III inferior	aVF inferior	V <sub>3</sub> anterior	V <sub>6</sub> lateral

Fonte: ECG notes interpretation and management guide

## Progressão do EAM no ECG



Fonte: ECG notes interpretation and management guide

## Marcadores séricos de lesão miocárdica

**TROPONINA:** Moléculas proteicas que fazem parte do músculo cardíaco e esquelético.

**CREATINAQUINASE-MB:** Enzima proteica que se encontra no citoplasma das células do músculo cardíaco e esquelético.

**MIOGLOBINA:** Hemoproteína que fornece oxigênio as células musculares, tanto cardíacas como esqueléticas.

## Marcadores séricos de lesão miocárdica

### **Troponinas:**

Elevada sensibilidade e especificidade;

Elevação: 4-6h;

Pico: 12-14h;

Positividade: até 10-14 d

### **Isoenzima MB da creatinaquinase (CK-MB):**

Elevada sensibilidade, menor especificidade

Elevação: 4-6h;

Pico: 24h;

Positividade: até 48-72h

### **Mioglobina:**

Elevada precocidade e baixa especificidade;

Elevação: 2-4h;

Pico: 6-12h;

Positividade: até 12-18h

## Terapêutica - oxigênio

No contexto do EAM, a administração de oxigênio reduziu a lesão isquêmica do miocárdio em animais e o supradesnivelamento do segmento ST em humanos. No entanto, num estudo aleatorizado com dupla ocultação a oxigenioterapia nas primeiras 24 horas após a admissão não mostrou benefícios a longo prazo em doentes com EAMCSST não complicado. Na presença de doença pulmonar crônica, a monitorização para despiste de hipoventilação deve ser cuidadosa.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007



## Terapêutica - oxigénio

Está indicado oxigénio em doentes com hipóxia ( $\text{SpO}_2 < 95\%$ ), dispneia ou insuficiência cardíaca aguda.

European Society of Cardiology, 2012

## Terapêutica - nitratos

Os nitratos exercem ações hemodinâmicas favoráveis, como dilatação arterial coronária (particularmente no local da rutura da placa aterosclerótica) e dilatação arterial e venosa sistémica, pelo que são muito eficazes no alívio da isquémia miocárdica e dos seus sintomas e sinais associados.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica - nitratos

### **Contra-indicações absolutas**

Nas seguintes condições, não se devem administrar nitratos por causa do risco de hipotensão e de redução do débito cardíaco:

hipotensão (pressão arterial sistólica  $\leq 90$  mm Hg), sobretudo se associada a bradicardia (frequência cardíaca  $< 50$  bpm) ou se houver suspeita/diagnóstico de enfarte do ventrículo direito;

administração de inibidor da fosfodiesterase nas últimas 24 horas (48 horas no caso do tadalafil) para melhoria da função erétil.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica - nitratos

### **Recomendações:**

Deve ser administrada nitroglicerina por via sub-lingual a todos os doentes com sintomas devidos a isquemia miocárdica (0,4 mg de 5 em 5 minutos até um total de 3 comprimidos).

A administração de nitratos por via endovenosa deve ser utilizada nos doentes com sintomas persistentes de isquemia miocárdica, nos doentes com sinais de estase pulmonar e para controlo da hipertensão arterial.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica - analgesia

O alívio da dor tem uma importância fundamental na terapêutica do EAM, não só pelo conforto que proporciona ao doente, mas também por impedir a ativação simpática, responsável por vasoconstrição e por aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio. Para além da terapêutica analgésica específica com opiáceos, as terapêuticas de reperfusão, anti-trombótica e anti-isquémica têm uma ação complementar e consistente no alívio da dor.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica - analgesia

### **Recomendações:**

Deve ser administrada morfina (2 a 4 mg por via endovenosa, podendo ser repetida num intervalo de 5-15 minutos) para controlo da dor associada à isquemia miocárdica.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica – antiagregantes plaquetários

### ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

O ácido acetilsalicílico (AAS), na dose de 75-325 mg reduziu a mortalidade em doentes com síndrome coronária aguda (SCA) incluídos em oito estudos aleatorizados e controlados. A eficácia na redução da mortalidade é tanto maior quanto mais precoce for a sua administração. A administração pré-hospitalar de AAS também se associa a uma redução da mortalidade. A biodisponibilidade do AAS é mais rápida com as formulações solúveis e mastigáveis, bem como na forma endovenosa. Em doentes com suspeita de SCA, mas posteriormente não confirmada, a administração de AAS é segura.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica – antiagregantes plaquetários

### Recomendação:

Em doentes com suspeita de SCA, deve ser dada a indicação para tomarem 250 mg de AAS (mastigado), na ausência de contraindicações (hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal conhecidas).

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica – antiagregantes plaquetários

### **CLOPIDOGREL**

Num estudo multicêntrico, aleatorizado e controlado com placebo, observou-se uma redução significativa no resultado combinado de oclusão da artéria relacionada com o enfarte na angiografia, morte ou reenfarte antes da angiografia nos doentes com idade até 75 anos submetidos a terapêutica fibrinolítica, AAS e heparina nas primeiras 12 horas de evolução e tratados com uma dose inicial de 300 mg de clopidogrel seguida de 75 mg por dia.

Apesar de não existirem estudos no contexto da ICP primária, a administração de 600 mg de clopidogrel permite encurtar para 2 horas o tempo para a obtenção da acção antiagregante máxima.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica – antiagregantes plaquetários

### **Recomendações:**

Em doentes com EAMCSST deve ser administrado clopidogrel de imediato. A primeira dose deve ser de:

- 300 mg nos doentes com idade  $\leq 75$  anos que vão receber terapêutica fibrinolítica;
- 75 mg nos restantes doentes que vão receber terapêutica fibrinolítica;
- 600 mg nos doentes que vão ser submetidos a ICP primária.

As doses subsequentes devem ser de 75 mg por dia. A terapêutica deve ser prolongada por pelo menos quatro semanas.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Terapêutica de reperfusão

A seleção da estratégia de reperfusão envolve a avaliação do tempo decorrido desde o início dos sintomas, do risco do EAMCSST, do risco de hemorragia e do tempo necessário para o transporte até um laboratório de Hemodinâmica onde possa ser efetuada ICP primária por uma equipa habilitada.

- A terapêutica de reperfusão está indicada em todos os doentes com sintomas com duração < 12 h e elevação persistente do segmento ST ou BCRE (presumivelmente) de novo.
- A terapêutica de reperfusão (preferencialmente a ICP primária) está indicada se existir evidência de isquémia aguda, mesmo que os sintomas tenham > 12 h de evolução ou se a dor e as alterações ao nível do ECG tiverem sido intermitentes.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Fibrinólise

- Não é eficaz em 30% dos casos
- Está dependente da precocidade da sua utilização (<6h início dos sintomas)
- Risco de hemorragias
- Elevada taxa de reoclusão (10% no internamento e 30% até aos 3 meses após enfarte)

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

## Fibrinólise

### Contraindicações Absolutas:

Hemorragia intracraniana (HIC) prévia ou risco elevado de HIC ( $\geq 4\%$ )  
Lesão vascular estrutural cerebral (p.ex. malformação arteriovenosa)  
Neoplasia intracraniana (primária ou metastática)  
AVC isquémico  $\leq 3$  meses (EXCEPTO se  $< 3$  horas)  
Traumatismo craniano ou facial significativo  $< 3$  meses  
Suspeita de dissecção da aorta  
Hemorragia ativa ou diátese hemorrágica (EXCEPTO menstruação)

### Contraindicações Relativas:

Hipertensão grave (PAS  $> 180$  ou PAD  $> 110$  mmHg)  
Terapêutica anticoagulante oral  
Gravidez e 1ª semana após o parto  
Úlcera péptica ativa  
AVC isquémico  $> 3$  meses  
Cirurgia maior  $< 3$  semanas  
RCP traumática ou prolongada ( $> 10$  minutos)  
Punções vasculares não compressíveis  
Endocardite infecciosa

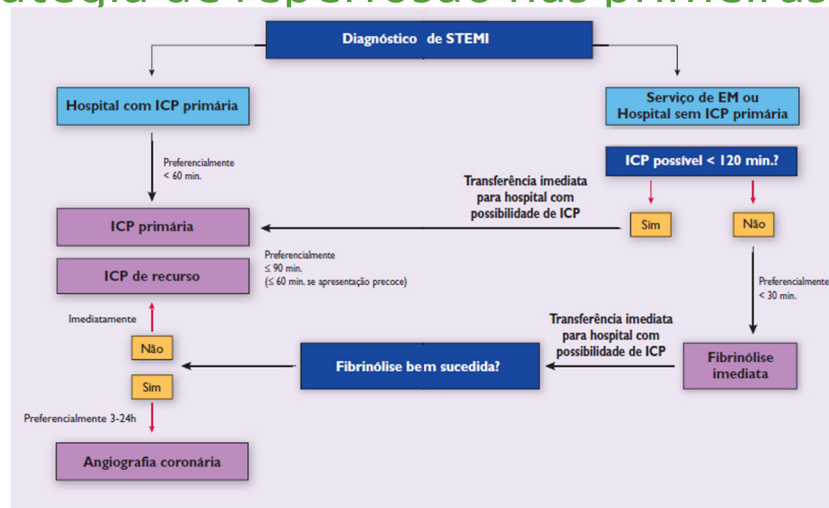
Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Intervenção coronária percutânea

- A ICP primária constitui a terapêutica de reperfusão preferencial, em detrimento da fibrinólise, desde que realizada por uma equipa experiente e num período de 120 min. após o PCM.
- Recomenda-se a utilização de *stents* (em detrimento da angioplastia por balão isolada) na ICP primária.

European Society of Cardiology

## Estratégia de reperfusão nas primeiras 24h



Fonte: (European Society of Cardiology, 2012)

## Intervenções de enfermagem

### Na triagem:

Reconhecimento correto e precoce de sintomas e sinais

Avaliação e registo da Dor (5º sinal vital)

Ativação de ECG 12 derivações nos primeiros 10'



## Intervenções de enfermagem

Abordagem **ABCDE**

Elevação da cabeceira, posição de conforto

**MONAC** (Morfina, Oxigénio, Nitratos, AAS, Clopidogrel)

Monitorização do traçado cardíaco e vigilância de disritmias

Canalizar vias periféricas (preferencialmente MSE)

Avaliação e registo de sinais vitais

Vigiar sinais de insuficiência cardíaca / choque cardiogénico

Monitorizar débito urinário / BH

Dieta ø

## Intervenções de enfermagem - família

Transmissão de informação à família

Proporcionar visita assim que oportuno!

## Intervenções de enfermagem - transporte

**Ambulância tipo C** (Portaria nº 1147/2001, de 28 de Setembro, "Regulamento do Transporte de Doentes")

ambulância medicalizada;

acompanhamento por médico e enfermeiro;

equipamento para monitorização da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio;

monitorização eletrocardiográfica contínua;

desfibrilhador;

material para suporte avançado de vida (equipamento para controlo da via aérea e ventilação + fármacos);

monitor de transporte.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto comissariado da Saúde, 2007

## Bibliografia

Alto Comissariado da Saúde: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

CIRCULAR NORMATIVA nº: 03/DSPCS. Direção-Geral de Saúde. (6 de Fevereiro de 2006).

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Documento orientador sobre vias verdes do enfarte agudo do miocárdio (EAM) e do acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa: CNDP.

DESPACHO nº. 19670/2005. Diário da República II série. 175 (12/09/2005).

Direção-Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2001). *Rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica*. Lisboa: DGS.

PORTARIA nº. 1147/2001. Diário da República I série-B. 226 (28/09/2001).

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013). *Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (s.d.). *Mês do coração*. Obtido de [http://www.spc.pt/DL/Publico/Texto\\_Mes\\_do\\_Coracao\\_2\\_1.pdf](http://www.spc.pt/DL/Publico/Texto_Mes_do_Coracao_2_1.pdf)

Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blömmström-Lundqvist, C., Borger, M. A., ... Zahger, D. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 33(20), 2569-2619. doi:10.1093/eurheartj/ehs215

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons-Schwartz, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 33(20), 2551-2567. doi:10.1093/eurheartj/ehs184

## **APÊNDICE IV - JORNAL DE APRENDIZAGEM EM SU**





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em  
Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Lisboa  
Fevereiro de 2014





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em  
Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro ao Doente com Enfarte  
Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST: Via Verde Coronária**

Filipe Marques 4722

Docente Orientador: Professora Anabela Mendes

Lisboa

Fevereiro de 2014





## ÍNDICE

1.JORNAL DE APRENDIZAGEM .....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	12



## 1. JORNAL DE APRENDIZAGEM

Encontro-me, no presente momento, a realizar estágio no serviço onde desempenho as minhas funções profissionalmente. Esta situação é motivada pelo meu desejo de me articular com a minha instituição de forma a poder desenvolver projetos que tornem a prestação dos cuidados de enfermagem uma mais-valia em prol das pessoas que a nós acorrem com os seus problemas de saúde.

Assim, o meu contributo pode e deve servir o interesse dos profissionais, e da própria instituição, em assegurar às pessoas que serve a melhoria da qualidade das suas intervenções de forma assente na evidência científica mais atual para que isso se traduza em resultados positivos e ganhos em saúde.

Segundo Riche & Alto (2001, p. 37) “as organizações que aprendem são formadas por pessoas que expandem, continuamente, a sua capacidade de criar os resultados que desejam, onde se estimulam padrões de comportamento novos e abrangentes, a aspiração coletiva ganha liberdade, e as pessoas exercitam-se, continuamente, em aprender juntas”. Os autores reforçam essa ideia afirmando que “essas organizações só podem ser construídas quando entendermos que o mundo não é feito de forças separadas e que, no mundo de hoje, a capacidade de aprender contínua e rapidamente é a única vantagem competitiva sustentável”.

Para tal, e por forma a dar resposta aos objetivos por mim propostos no meu projeto de estágio propus-me a desenvolver competências especializadas na área da gestão da qualidade e formação profissional. As atividades desenvolvidas no âmbito desse objetivo foram no sentido de acompanhar o enfermeiro tutor na chefia do serviço e na coordenação de equipas, bem como na gestão de material e farmácia necessário ao normal funcionamento do serviço.

Estes aspetos da gestão operacional e funcional de um serviço que pretendo integrar vão permitir-me desenvolver competências previstas no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais especificamente na adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e na

fundamentação da prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp. 9, 10): “C2.1. otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, “C2.2. adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” e “D2.3. provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”.

Surgiu neste contexto a proposta para integrar um projeto de formação em serviço com tremenda valorização do trabalho por mim desenvolvido e da extensa pesquisa bibliográfica já efetuada que considero um corolário do meu percurso académico para este mestrado e que poderá trazer mudanças concretas à qualidade do serviço prestado no meu serviço.

No decurso do processo de orientação por parte do enfermeiro tutor pude aperceber-me da vastidão de pequenos momentos de contactos informais que aparentemente condicionariam a sua ação mas que me apercebi que são parte integrante da complexidade que é a gestão “macro” de um serviço tão grande e tão cheio de intervenientes e de áreas tão pluridisciplinares, variando desde os profissionais de saúde aos assistentes técnicos e operacionais que dão assistência diária a um número enorme de operações de dimensões e importância variável mas sempre significativa.

Isto permitiu-me refletir sobre a complexidade da gestão de serviços e as competências necessárias para tal. Da revisão da literatura efetuada ressaltam dois artigos que creio adequarem-se à nossa realidade.

O primeiro artigo, de Diana Contino, é uma compilação de competências de gestão e de liderança para enfermeiros em posições de chefia formal. A autora faz logo à partida a ressalva de que existe um subaproveitamento do recurso à pesquisa baseada na evidência para o desenvolvimento de líderes nos cuidados de saúde. A que existe é largamente descritiva e pouco adequada ao contexto dos cuidados de saúde. Assim, e baseada na sua larga experiência e nas descobertas de inúmeros peritos e com recurso a bibliografia na área da saúde e empresarial definiu quatro categorias principais para as competências de liderança que compilou (2004, p. 52):

“gestão organizacional”; “comunicação”; “análise/estratégia”; “criação/visão”.

O outro artigo é um estudo qualitativo que questiona uma amostra de enfermeiros em posições de liderança/chefia sobre as competências que estes

identificaram como preponderantes à função de chefia na enfermagem. Os resultados também foram agrupados em quatro grandes áreas pelos autores (Connelly, Yoder, & Miner-Williams, 2003, p. 300): “clínica/técnica”; “pensamento crítico”; “organizacional”; “relações humanas”.

Da análise comparada aos dois artigos emerge a semelhança entre as grandes áreas de competências descritas em ambos com especial foco nas áreas das competências organizacionais e nas competências interpessoais que eu creio serem o foco da minha experiência no decurso do meu estágio.

O número e complexidade das competências identificadas no estudo de Connelly, Yoder, & Miner-Williams (2003, p. 305) são reflexo da importância do papel das chefias de enfermagem nos hospitais e Contino (2004, p. 63) conclui ainda que o treino de líderes em cuidados críticos é uma forma eficaz de abordar de forma proactiva ineficiências operacionais e práticas ineficazes de recursos humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Connelly, L., Yoder, L., & Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *MEDSURG Nursing*, 12(5), pp. 298-306.
- Contino, D. S. (2004). Leadership competencies: knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Crit Care Nurse*, 24(3), pp. 52-64.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Riche, G. A., & Alto, R. M. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: "a quinta disciplina". *Cadernos discentes Coppead*, 9, pp. 36-55.

**ANEXO I - CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL**





Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos  
Núcleo de Formação

## CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Filipe Joaquim Coutinho Pires Marques, nascido(a) a 24/07/1981, natural de Oeiras, nacionalidade Portuguesa, sexo masculino, portador(a) do C.C. nº 11928555, frequentou o Curso:

### "Leitura de Traçados Cardíacos para Enfermeiros"

Data de Realização: de 13 a 20 de Novembro de 2013

Duração: 8 horas e 30 minutos

Lisboa, 28 de Novembro de 2013

A Coordenadora do Núcleo de Formação

  
(Ana Cristina Alves)

Certificado nº 814/2013

## Modalidade de Formação: Formação Contínua

Área de Formação: Saúde (720)

### PLANO CURRICULAR

#### SESSÃO TEÓRICA

- Breves noções de electrofisiologia cardíaca;
- Como ler um traçado cardíaco;
- Ritmos de paragem cardíaca;
- Disritmias peri - paragem;
- A situação específica do Enfarte Agudo do Miocárdio e sua repercussão nos traçados cardíacos;
- Ritmos cardíacos mais frequentes, extra sístoles supra ventriculares e ventriculares;
- Cuidados de enfermagem a doentes com monitorização cardíaca.

#### SESSÕES PRÁTICAS

- Identificação de ritmos cardíacos mediante folha guia com questões básicas, que será distribuída pelos formandos. Será sempre focado o estado hemodinâmico do doente e o que fazer em situação de emergência.

- Resolução de casos clínicos mediante a utilização de monitor desfibrilhador e manequim de suporte avançado de vida.

Sessão teórica

3h

Sessões práticas

5h 30m

**Observações:** O Curso não prevê qualquer processo de avaliação, excepto de nível 1.



